



Escola Nacional de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

COVID-19 em Portugal: Fatores associados à não adesão ao primeiro período de confinamento geral através de um estudo transversal

Mestrado em Saúde Pública

Jorge Nuno de Noronha Xavier Antunes de Almeida

Novembro, 2020



Escola Nacional de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

COVID-19 em Portugal: Fatores associados à não adesão ao primeiro período de confinamento geral através de um estudo transversal

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Patrícia Soares e da Professora Doutora Carla Nunes

Novembro, 2020

Agradecimentos

Agradeço especialmente à Professora Doutora Patrícia Soares por toda a dedicação, disponibilidade, partilha de conhecimento e apoio fundamental na execução deste trabalho. Estou também muito grato à Professora Doutora Carla Nunes por acreditar em mim e pelos seus sábios ensinamentos.

Agradeço à Dra. Ana Marta Moniz e à Dra. Susana Cardoso pelas explicações essenciais à concretização desta dissertação.

Muito obrigado à Dra. Isabel Andrade pela total disponibilidade no envio de bibliografia. Muito obrigado à Dra. Manuela Alves dos Santos pelo seu trabalho imprescindível ao bom funcionamento do curso.

Agradeço à equipa do Barómetro Covid-19: Opinião Social pela disponibilização dos dados e aos participantes no inquérito pelo tempo prestado.

Quero ainda agradecer aos professores e colegas da Escola Nacional de Saúde Pública, pela partilha constante de informação e conhecimento.

Por fim, estou muito grato à Escola Nacional de Saúde Pública pela oportunidade que me deu.

Resumo

Um novo coronavírus reportado pelas autoridades chinesas em dezembro de 2019 alastrou rapidamente pelo mundo. Os dois primeiros casos de SARS-CoV-2 em Portugal foram divulgados no dia 2 de março de 2020, pressionando o governo a implementar um confinamento nacional. Pouco se sabe sobre que características sociodemográficas e de percepção de risco estão associadas ao cumprimento desta recomendação. Este estudo tem como objetivo identificar os fatores associados à não adesão à ordem de permanência em casa em Portugal implementada a partir de 19 de março. Trata-se de um estudo transversal, com dados recolhidos entre 21 e 30 de março, através de um questionário online, com 133.601 inquiridos (idade média de 44 anos) com idades entre os 16 e os 100 anos e residentes em Portugal. Para identificar os fatores associados à não adesão ao confinamento, os dados foram sujeitos a análises de regressão logística univariada e multivariada. A maioria dos participantes (94,4%) obedeceu ao confinamento. No entanto, os resultados mostram que estar no local de trabalho em vez de transitar para o teletrabalho (OR: 4.335 IC: [4.033; 4.659]), menor confiança no governo vs falta de confiança (OR: 0,862 IC: [0,765; 0,972]) e alto risco percebido de contrair a infeção (OR: 2.375 IC: [2.208; 2.555]) aumentam o risco de não adesão. Homens, pessoas com menor escolaridade e indivíduos de agregados familiares com rendimentos mais baixos têm menor chance de cumprimento da medida. Embora este estudo não seja representativo da população portuguesa, os resultados sugerem alguns fatores que podem estar associados à não adesão ao confinamento. É necessária mais investigação para entender por que motivo alguns grupos populacionais têm menor chance de adesão ao confinamento. A comunicação em saúde pública deve ser particularmente direcionada para estas populações vulneráveis.

Palavras-chave: COVID-19; Comportamento preventivo; Adesão; Medidas preventivas; Conformidade; Pandemia.

Abstract

A new coronavirus reported by health authorities in China in December of 2019 rapidly spread across the world. The first two cases of SARS-CoV-2 in Portugal were made public on 2nd March 2020, pushing the government to implement a national confinement. Little is known about which sociodemographic and risk perception characteristics are associated with this recommendation's compliance. This study aims to identify factors associated with non-adherence to stay-at-home order in Portugal. This is a cross-sectional study, using data collected between 21st and 30th of March via an online questionnaire, from 133.601 respondents (mean age 44 years) living in Portugal aged between 16 and 100 years old. To identify factors associated with non-adherence to the confinement, the data were run through univariate and multivariable regression analyses respectively. The majority of the participants (94,4%) obeyed to the confinement. However, the results showed that factors such as being in the workplace instead of transiting to telework (OR: 4,335 IC: [4,033;4,659]), less confident in the government vs lack of confidence (OR: 0,862 IC: [0,765;0,972]) and high perceived risk of getting the infection (OR: 2,375 IC: [2,208;2,555]) are associated in non-adherence. Male, people with lower education and people from lower incomes households have also lower chance to comply with it. This study is not representative of the Portuguese population. Findings suggest more research is needed to understand why such groups have less chance to confinement adherence. Targeted health communication should be directed to these particular vulnerable populations.

Keywords: COVID-19; Preventive behaviour; Public adherence; Preventive Measures; Compliance; Pandemic

Índice

1. Introdução	01
1.1 Epidemiologia da COVID-19	01
1.2 Medidas de mitigação	03
1.3 Confinamento	04
1.4 Importância do confinamento e da adesão à prevenção	08
1.5 Importância do estudo	11
2. Objetivos	13
3. Métodos	15
3.1 Tipo de estudo	15
3.2 Fonte de informação e amostra em estudo	15
3.3 A população e a amostra em estudo	16
3.4 Definição e operacionalização das variáveis	17
3.5 Tratamento e análise de dados	20
3.6 Considerações éticas	22
4. Resultados	23
5. Discussão	41
5.1 Discussão dos resultados	41
5.2 Comunicar e combater a desinformação	49
5.3 Limitações e vantagens do estudo	52
6. Conclusões	55
7. Referências bibliográficas	57
8. Anexos	73

Lista de figuras e tabelas

Figura 1 - Evolução do número de casos de infeção pelo vírus SARS-CoV-2 e de mortes associadas à COVID-19 em março em Portugal

Figura 2 - Evolução do número de óbitos diários associados à COVID-19 e casos diários de infeção pelo vírus SARS-CoV-2 entre março e novembro em Portugal. A verde, o estado de emergência

Tabela 1 - Operacionalização das variáveis da base de dados Barómetro Covid-19: Opinião Social

Tabela 2 - Distribuição dos dados das questões 4 e 5 do Barómetro Covid-19: Opinião Social da Escola Nacional de Saúde Pública durante o período entre os dias 21 e 30 de março

Tabela 3 - Frequências (%) das características demográficas, sociais, laborais, clínicas e de opinião da amostra face à adesão ao confinamento

Tabela 4 - Odds ratio brutos e ajustados para a não adesão ao confinamento em relação às variáveis das dimensões demográfica, social, laboral, clínica e opinião

Anexos

Tabela A – Análise de sensibilidade para as variáveis Não "Sair de casa somente em casos fundamentais" e Não "Está em casa saindo somente em situação de absoluta necessidade"

Tabela B - Distribuição dos dados da atividade profissional por sexo

Tabela C – Distribuição dos dados da atividade profissional por perceção de risco

Tabela D – Odds ratio brutos e ajustados para a não adesão ao confinamento em relação às variáveis das dimensões demográfica, social, laboral, clínica e opinião a partir de uma regressão logística com todas as variáveis

Glossário

DGS – Direção-Geral da Saúde

Confinamento - Medida governamental assente no dever geral de recolhimento domiciliário, no âmbito do Decreto n.º 2-A/2020, que regulamentou a aplicação do estado de emergência decretado pelo Presidente da República. A medida visou restringir a circulação de pessoas em espaços e vias públicas, ou em espaços e vias privadas equiparadas a vias públicas, para limitar a propagação da epidemia

COVID-19 – Deriva das palavras em inglês Coronavirus Disease 2019. É o nome de uma doença e significa Doença por Coronavírus, fazendo referência ao ano em que foi descoberta, em 2019

ECDC – Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças

ESPAI - Emergência de Saúde Pública de Âmbito Internacional (ESPAI)

INSA - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

Isolamento – Isolamento é uma medida de afastamento social em Saúde Pública. É utilizada em indivíduos doentes, para que através do afastamento social não contagiem outros cidadãos

Isolamento profilático – É o mesmo que quarentena e é a nomenclatura oficial adotada em Portugal pela DGS. A quarentena é uma medida de afastamento social em Saúde Pública, usada na resposta a uma epidemia. Pretende proteger a população através da quebra da cadeia de transmissão entre indivíduos. Quarentena é utilizada em indivíduos que se pressupõe serem saudáveis, mas possam ter estado em contacto com um doente infeccioso

Medidas de mitigação em saúde – São as medidas preventivas que pretendem reduzir o impacto de uma doença

MERS - Síndrome Respiratória do Médio Oriente

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

SARS-CoV-2 – É o nome de um novo vírus descoberto no final de 2019 na China e significa Severe Acute Respiratory Syndrome (Síndrome Respiratória Aguda Grave) – Coronavírus – 2

SARS-CoV – É um coronavírus que causa uma Síndrome Respiratória Aguda Grave, que foi identificado em 2002

Quarentena – É o mesmo que isolamento profilático e é uma medida de afastamento social em Saúde Pública, usada na resposta a uma epidemia. Pretende proteger a população através da quebra da cadeia de transmissão entre indivíduos. Quarentena é utilizada em indivíduos que se pressupõe serem saudáveis, mas possam ter estado em contacto com um doente infeccioso

UE – União Europeia

1.Introdução

1.1 Epidemiologia da COVID-19

A 31 de dezembro de 2019, a Comissão Municipal de Saúde da cidade de Wuhan, na província de Hubei, na China, notificou a Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre o aparecimento de um surto com 27 casos de uma pneumonia viral de etiologia desconhecida. A 9 de janeiro de 2020, o Centro de Controlo de Doenças da China reportou que um novo coronavírus tinha sido identificado como o agente causador de pelo menos 15 dos 59 casos de pneumonia (1). Este agente infeccioso, mais tarde designado SARS-CoV-2, propagou-se a países fora da China levando a OMS a declarar Emergência de Saúde Pública de Âmbito Internacional (ESPAI), a 30 de janeiro de 2020, e Pandemia, a 11 de março, quando a mesma se expandia ao mesmo tempo em países de diferentes continentes (2). Esta é a terceira epidemia causada por um coronavírus com origem num animal selvagem, depois da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS), em 2003, e da Síndrome Respiratória do Médio Oriente (MERS), em 2012.

O coronavírus SARS-CoV-2, responsável pela doença COVID-19, provoca patologia leve ou assintomática em grande parte dos casos, mas pode gerar quadros agudos severos numa pequena proporção de indivíduos infetados, sobretudo em pessoas com várias comorbidades, doença crónica ou com mais de 70 anos (3)(4). A taxa de letalidade varia entre países, provavelmente explicada pelas diferenças nas estratégias de testagem e contextos sociodemográficos (3). Os dados da pandemia relativos à primeira região na Europa mais afetada, a Lombardia, em Itália, mostram uma taxa de mortalidade para todas as idades de 154 por 100.000 habitantes. As razões pelas quais algumas áreas geográficas do planeta têm maior carga de doença não são inteiramente claras para a ciência (4).

Com base na evidência científica atual, a COVID-19 transmite-se de pessoa-a-pessoa por contacto próximo com pessoas infetadas pelo SARS-CoV-2 (transmissão direta), ou através do contacto com superfícies e objetos contaminados (transmissão indireta). A transmissão por contacto próximo ocorre principalmente através de gotículas que contêm partículas virais que são libertadas pelo nariz ou boca de pessoas infetadas, quando tosse, espirram ou falam, e que podem atingir diretamente a boca, nariz e olhos de quem estiver próximo. As gotículas podem depositar-se em objetos ou superfícies e, desta forma, infetar outras pessoas que toquem nestes objetos ou superfícies, levando depois as mãos aos seus olhos, nariz ou boca (5). A potencial transmissão deste vírus em espaços fechados por via aérea (airborne) – disseminação

da infeção através da exposição a pequenas gotículas respiratórias que contêm vírus e que podem permanecer suspensas no ar e percorrer longas distâncias durante horas – não é totalmente conhecida e carece ainda de investigação (6).

Segundo um estudo desenvolvido em Shanghai, o vírus em causa – que pode provocar infeção assintomática e ainda assim ser transmissível – demonstrou ter períodos de incubação média de 5 a 6 dias, provocando patologia severa em cerca de 10% dos casos. Por outro lado, o tempo médio de progressão da infeção para doença grave foi de 8 a 9 dias (7). Num estudo publicado na Lancet, Petersen et al. (2020) compararam este vírus respiratório com outros, como o SARS-CoV, o MERS-CoV e o Influenza, e concluíram que o SARS-CoV-2 tinha um número básico de reprodução (R_0) de 2.5, um valor em média superior aos dos outros agentes infecciosos (4). O número básico de reprodução (R_0) é um termo matemático usado em epidemiologia para indicar quão contagiosa é uma doença infecciosa. O valor indica o número de outras pessoas que uma pessoa infetada irá contagiar. Um número básico de reprodução de 3 significa que cada pessoa infetada irá contagiar outras três (4).

Após o surgimento do vírus na China, uma primeira vaga da pandemia atingiu praticamente todos os países do mundo, gerando uma resposta mundial na primeira metade do ano de 2020 marcada por medidas de mitigação mais ou menos alargadas, e diferentes de país para país, com o intuito conter a disseminação do agente infeccioso. A segunda metade de 2020 ficou marcada pelo recrudescimento da pandemia, com o aparecimento de uma aparente segunda onda epidémica que ganhou força sobretudo a partir do terceiro trimestre do ano no caso da Europa (8). Em Portugal, a 19 de novembro, as autoridades de saúde totalizavam em números acumulados 243.009 casos de infeção pelo coronavírus SARS-CoV-2 – mais de metade dos quais (157.924) recuperados – e 3.701 óbitos associados à COVID-19, representado uma taxa de letalidade global de 1,52 % (9). Segundo o último relatório tornado público em novembro de nowcasting sobre a evolução do número de casos da COVID-19 em Portugal, do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), o $R(t)$ estimado para os dias entre 04-11-2020 e 08-11-2020 foi 1,11 (10). O $R(t)$, número de reprodução efetivo em função do tempo, é o número médio de casos secundários resultantes de um caso infetado medido em função do tempo. Globalmente, a 19 de novembro, a pandemia do novo coronavírus tinha provocado 1.350.713 mortos desde o surgimento da doença, segundo o balanço do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC) baseado em dados oficiais. No que toca ao total de infeções, registavam-se 56.368.586. A taxa de letalidade global situava-se nos 2,4% (11).

1.2 Medidas de mitigação

Na ausência de um fármaco profilático – como uma vacina – ou de um tratamento efetivo contra a COVID-19, autoridades públicas de todo o mundo implementaram planos de ação assentes em intervenções não-farmacológicas com vista à mitigação da doença, protegendo os grupos vulneráveis. Essas medidas provaram ser vitais na diminuição da mortalidade e redução da sobrecarga dos sistemas de saúde em países de todo o mundo (12) (13) (14) (15). De acordo com uma estimativa, as medidas de mitigação podem salvar pelo menos 20 milhões de vidas e, quando adotadas precocemente, até 38,7 milhões de vidas (16).

Numa fase inicial da pandemia e de forma variável entre estados, os governos proibiram ajuntamentos, fecharam ou limitaram o funcionamento de instituições públicas e privadas, introduziram o teletrabalho como ambiente laboral preferencial, incentivaram o ensino à distância, proibiram a circulação transfronteiriça e pediram, entre outras medidas, a redução dos contactos físicos interpessoais (12) (17). Muitos países optaram por estratégias de confinamento, com diferentes regras entre si, coartando algumas liberdades individuais, como o direito à liberdade de circulação (18). Por outro lado, as agências de saúde públicas promoveram medidas de controlo de infeção, como a etiqueta respiratória, a lavagem frequente das mãos, a redução do toque facial e o distanciamento físico (19) (20) (21). A 8 de abril de 2020, o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC) recomendou pela primeira vez o uso comunitário de máscara de proteção individual em locais públicos fechados na Europa (19) (20) (21).

Essa ação ampla perante um vírus ubíquo alterou o comportamento da população, produzindo alterações com impacto no bem-estar físico, mental, social e financeiro da mesma (22) (23) (24) (25).

Globalmente, duas das medidas mais divulgadas pelas autoridades governamentais e de saúde durante a primeira vaga da pandemia na Europa foram o distanciamento físico e o dever geral de recolhimento, com o intuito de travar a propagação do vírus, limitar a ocorrência de infeções e aliviar a pressão sobre os serviços de saúde (12). Na resposta à COVID-19, os vários estados-membros optaram por diferentes abordagens, em detrimento da adoção de uma resposta uníssona. Com efeito, Espanha e Itália surgiram entre os países europeus com os confinamentos mais rígidos e a Holanda e Suécia com as medidas de mitigação mais brandas (26) (27). Na União Europeia, a Suécia foi o único país a não instituir um confinamento geral na primeira onda pandémica (28). Apesar das diferenças no enquadramento legal do confinamento nos vários países, a

sua essência é que as pessoas permaneçam no seu domicílio e que se desloquem para o exterior apenas em casos essenciais (29).

Numa análise que envolveu dados de 41 países, entre os quais Portugal, Brauner et al. (2020) concluíram que fechar escolas e universidades foi altamente eficaz na redução da proliferação do vírus; proibir ajuntamentos e encerrar negócios de alto risco foi eficaz; fechar a maioria de outros negócios teve benefícios adicionais limitados; e que muitos países podiam ter conseguido manter o $R(t)$ abaixo de 1 sem introduzir um confinamento obrigatório (12). Já um estudo que analisou dados de 54 países, incluindo Portugal, refere que as diferentes medidas de contenção nacionais estiveram associadas a uma diminuição do número de novos casos diários de contágio, sendo que os pedidos de permanência em casa, o confinamento e o toque de recolher obrigatório restringiram o aumento percentual de novos casos diários para níveis abaixo de 5% dentro de um mês (30).

Na resposta à pandemia, estas medidas assentes em intervenções não-farmacológicas limitaram as liberdades individuais em prol da sobrevivência dos grupos vulneráveis e a literatura científica mostra que restringir as liberdades individuais, ainda que fisicamente, sem data limite para o seu término, pode aumentar o risco percecionado e potenciar a conformidade com as medidas de mitigação veiculadas por órgãos públicos (31) (32). Para Van Der Weerd et al. (2011), a quantidade ideal de comportamentos de prevenção não é totalmente compreendida pela ciência, devido às incertezas geradas pelos vírus, nomeadamente sobre quais comportamentos evitam de forma mais eficaz a sua propagação (33). No entanto, as características do SARS-CoV-2 geraram uma campanha global de saúde pública sem precedentes para travar a sua propagação. A última vez que o mundo se mobilizou numa resposta conjunta, ainda que a várias velocidades, contra uma emergência mundial equiparável à COVID-19 aconteceu em 1918-1919 durante a pandemia da gripe espanhola, causada pelo vírus da família Influenza H1N1 (14).

1.3 Confinamento

O isolamento profilático é um dos mecanismos de saúde pública mais antigos e começou a ser aplicado para travar a propagação de doenças mesmo antes dos agentes microscópicos serem compreendidos como fonte de contágio (34).

Em 2020, o novo coronavírus levou as autoridades da China a decretar a primeira quarentena em massa do século XXI em cidades de milhões de habitantes (35). Na

história recente encontra-se, em menor escala, precessão neste tipo de medidas: foram impostos confinamentos em cidades da China (36) e em grupos amplos de pessoas do Canadá durante o surto da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) em 2003 (37); assim como em aldeias de países da África Ocidental durante o surto de ébola de 2014 (38); e durante a pandemia da gripe espanhola, há cerca de um século atrás, quando algumas cidades de todo o mundo fecharam escolas, igrejas, estabelecimentos comerciais e outras infraestruturas para travar a propagação do vírus. Nessas comunidades verificou-se uma redução do número de casos, assim como o efeito contrário assim que as restrições foram aliviadas (39).

Na Europa, o primeiro caso reportado do novo agente infeccioso – o SARS-CoV-2 – surgiu no final de janeiro no sul da Alemanha (40). Já em Portugal, a ministra da Saúde, Marta Temido, anunciou a 2 de março as primeiras duas infeções conhecidas em território nacional, ambas no Norte (41), embora os primeiros casos tenham começado a circular naquela região do país cerca de uma semana antes (42). A 12 de março, quando havia 78 casos de infeção registados em Portugal, o primeiro-ministro, António Costa, após Conselho de Ministros, anunciou a suspensão das atividades presenciais das escolas de todos os graus de ensino, o encerramento de discotecas, a redução da lotação máxima dos restaurantes, a limitação de pessoas em centros comerciais e serviços públicos e a proibição de desembarque de passageiros de navios de cruzeiro (43). A 16 de março, Marta Temido anuncia a primeira morte no país: um homem de 80 anos com várias comorbidades (44). No dia seguinte, o Governo declarou estado de calamidade pública no concelho de Ovar e colocou o município de Ovar em "quarentena geográfica" numa altura em que se contabilizaram 30 casos no concelho (45). Na mesma data, 17 de março, António Costa anunciou em conferência de imprensa na secretaria de Estado dos Assuntos Europeus, em Lisboa, a suspensão das ligações aéreas de fora e para fora da União Europeia, após um Conselho Europeu Extraordinário que decorreu por videoconferência (46). Um dia depois, a 18 de março, o Presidente da República Portuguesa, Marcelo Rebelo de Sousa, decreta estado de emergência por 15 dias, depois de consultado o Conselho de Estado, do parecer positivo do Governo e da aprovação do decreto do estado de emergência pela Assembleia da República (47). Nesse preciso dia, o número de infetados sobe para 642 e regista-se uma segunda morte no país (48) (Ver **Figura 1**).

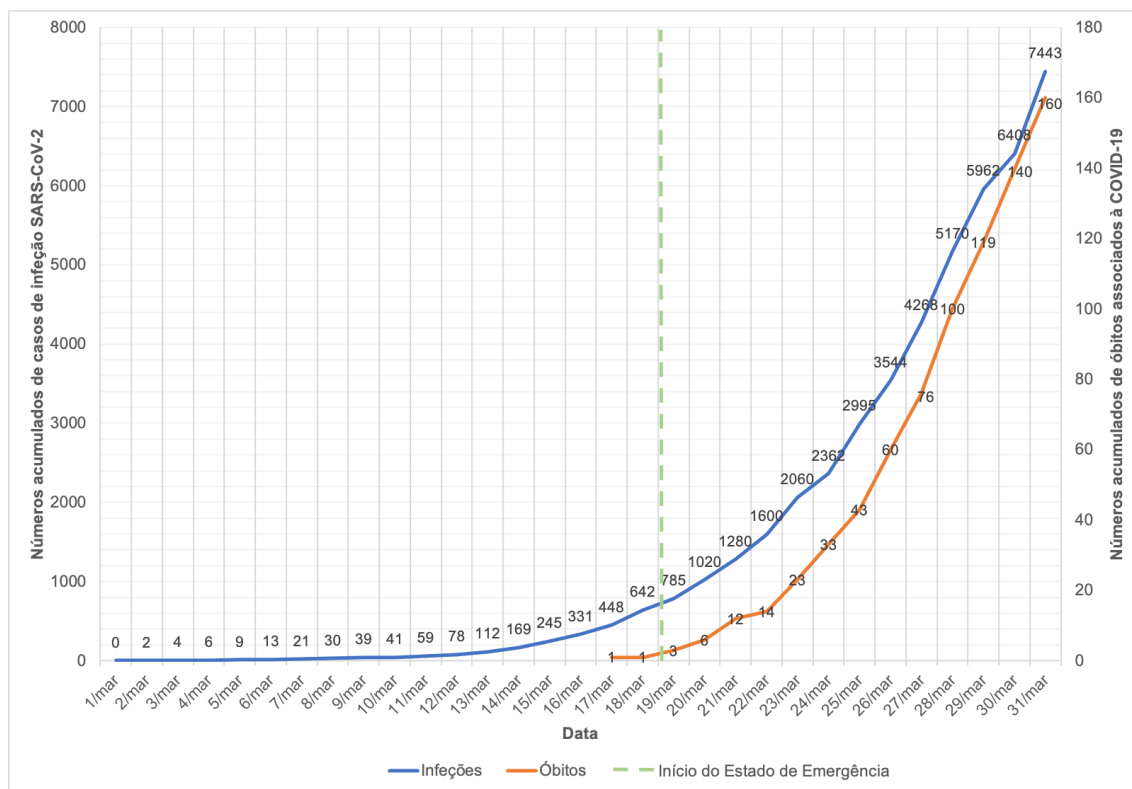


Figura 1 - Evolução do número de casos de infecção pelo vírus SARS-CoV-2 e de mortes associadas à COVID-19 em março em Portugal. Adaptado de <https://covid19.min-saude.pt/ponto-de-situacao-atual-em-portugal/>

O estado de emergência é um regime legal consagrado na Constituição da República Portuguesa que pode ser usado em casos de agressão efetiva ou iminente por forças estrangeiras, de grave ameaça ou perturbação de ordem constitucional democrática ou de calamidade pública (49). De acordo com o Regime do Estado de Sítio e do Estado de Emergência da Lei n.º 44/86, a violação do mesmo faz incorrer os seus infratores no crime de desobediência (50). Em Portugal, o artigo 348.º do Decreto-Lei n.º 48/95 do Código Penal prevê que faltar à obediência a autoridade legítima é punível com pena de prisão até 1 ano ou com pena de multa até 120 dias (51). O Decreto n.º 2-A/2020, de 20 de março, do Conselho de Ministros que procede à execução da declaração do estado de emergência, comina como desobediência a violação da obrigação de confinamento obrigatório que incide sobre os infetados com SARS-CoV-2 e os cidadãos relativamente a quem a autoridade de saúde tenham determinado a vigilância ativa (52). Não obstante, o mesmo documento não classifica como crime o incumprimento do Dever especial de proteção previsto no artigo 4º, nem a violação do Dever geral de recolhimento domiciliário previsto no artigo 5º. No entanto, a não observância dos mesmos pode fazer incorrer os infratores na prática do crime de desobediência. Ambos

os artigos supracitados limitam a circulação de pessoas em espaços e vias públicas ou em espaços e vias privadas equiparadas a vias públicas.

Ao primeiro período do estado de emergência em Portugal, que durou duas semanas, seguiram-se outros dois com igual duração. A 2 de maio, terminou a vigência desse regime em Portugal e as medidas de exceção começaram a ser levantadas por fases, sendo declarada numa primeira fase situação de calamidade (53) e dando-se início a um plano de desconfinamento aprovado em Conselho de Ministros e dividido em três fases (54):

- 1ª fase (a partir de dia 5 de maio): proibição de eventos ou ajuntamentos com mais de 10 pessoas; lotação máxima de 5 pessoas/100m² em espaços fechados; comércio local: reabertura de lojas com porta aberta para a rua até 200m²; reabertura de cabeleireiros, manicures e similares; abertura de livrarias e comércio automóvel, independentemente da área; reabertura de bibliotecas e arquivos; lotação de 2/3 nos transportes públicos; exercício profissional em regime de teletrabalho, sempre que as funções o permitam; permitida prática de desportos individuais ao ar livre.
- 2ª fase (a partir de 18 de maio): retoma das cerimónias religiosas - celebrações comunitárias de acordo com regras a definir entre DGS e confissões religiosas; reabertura de lojas com porta aberta para a rua até 400m² ou partes de lojas até 400 m² (ou maiores por decisão da autarquia); reabertura de restaurantes, cafés e pastelarias; retoma das aulas presenciais dos 11º e 12º anos ou 2º e 3º anos de outras ofertas formativas (10h-17h); reabertura dos equipamentos sociais na área da deficiência; reabertura de museus, monumentos e palácios, galerias de arte e similares.
- 3ª fase (a partir de 1 de junho): reabertura de lojas com área superior a 400m² ou inseridas em centros comerciais; reabertura de creches / pré-escolar / ATLs; reabertura de cinemas, teatros, auditórios, salas de espetáculos; teletrabalho parcial, com horários desfasados ou equipas em espelho.

Com o recrudescimento da pandemia na Europa no terceiro trimestre de 2020, o Presidente da República Portuguesa decretou um novo estado de emergência em Portugal, com início a 9 de novembro. Esse regime de exceção não introduziu, porém, restrições tão alargadas como na primeira vaga pandémica, nem pressupôs um confinamento geral (55) (56).

1.4 Importância do confinamento e da adesão à prevenção

O distanciamento social, muitas vezes designado de distanciamento físico porque as pessoas podem manter-se conectadas através da tecnologia (57), abarca um conjunto de medidas e de intervenções não farmacêuticas – como o encerramento de escolas, a proibição de ajuntamentos ou o confinamento – que visam prevenir a propagação de uma doença contagiosa, através da redução do número de contactos entre pessoas (12). Ao reduzir-se a probabilidade de uma pessoa não infetada entrar em contacto físico com uma pessoa infetada, a transmissão da doença pode ser suprimida, contribuindo para a diminuição do R_0 e resultando em menos mortes (57). A introdução de medidas de distanciamento físico demonstrou, tanto no epicentro inicial da epidemia, em Wuhan, na China, como em outras localizações, inclusivamente em Portugal, que podia diminuir a propagação da infeção (7) (12) (58) (57).

Concretamente em Portugal, Peixoto et al. (2020) mostraram que o confinamento no período entre os dias 1 e 15 de abril preveniu 146 mortes (-25%), 5.568 casos de infeção (-23%) e 519 casos de doentes em necessidade de cuidados intensivos (-69%) (59). A análise dos dados epidemiológicos mostra um achatamento da curva da mortalidade e da incidência de novos casos antes mesmo do fim do período do estado de emergência em maio em Portugal (Ver **Figura 2**).

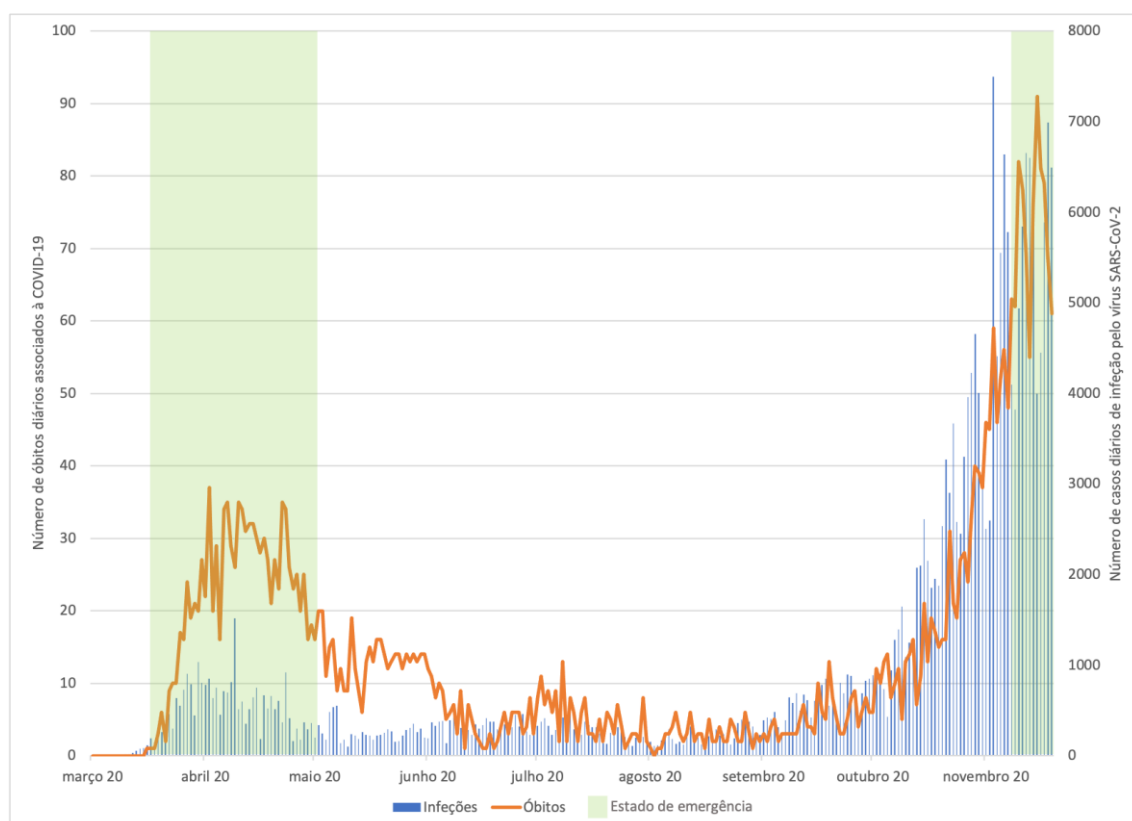


Figura 2 - Evolução do número de óbitos diários associados à COVID-19 e casos diários de infecção pelo vírus SARS-CoV-2 entre março e novembro em Portugal. A verde, o estado de emergência. Adaptado de <https://covid19.min-saude.pt/ponto-de-situacao-atual-em-portugal/>

No Reino Unido, um estudo desenvolvido pelo Imperial College de Londres debruçou-se sobre a eficácia das medidas não farmacológicas na contenção da COVID-19 e sugeriu em março que o distanciamento social de toda a população em combinação com outras intervenções – isolamento domiciliar de casos e encerramento de escolas e universidades – tinham o potencial de suprimir a transmissão abaixo do limite do R_0 , ou seja 1, necessário para reduzir rapidamente a incidência de casos (14). Este estudo de Ferguson et al. (2020) levou o Governo do Reino Unido a abandonar a estratégia inicial de confiar na imunidade de grupo – quando o risco de infecção entre os indivíduos suscetíveis de uma população é reduzido pela presença e proximidade de indivíduos imunes (60) –, para optar pela introdução de estratégias de supressão das cadeiras de transmissão do vírus (61).

Também um estudo levado a cabo nos Estados Unidos, que comparou dados de diferentes Estados, concluiu que nos condados em que se implementaram medidas de confinamento houve uma redução média de 30,2% nos casos semanais de infecção após uma semana, 40% após duas semanas e 48,6% após três semanas. Globalmente, a medida após três semanas esteve associada a uma redução de fatalidades de 59,8%. Os resultados sugerem que a ordem “Fique em casa” reduziu os casos confirmados em 390 mil e as mortes em 41 mil nas primeiras três semanas nas localidades onde a medida foi implementada (62).

Neste contexto, Moosa (2020) refere que o distanciamento social é uma medida efetiva, embora a performance da mesma esteja intimamente ligada à data da sua introdução, bem como às restrições a ela associadas (57). O mesmo autor salienta ainda que a contenção de casos depende do distanciamento social, mas também de outros fatores como o controlo de fronteiras, a estratégia de testagem e rastreio, a qualidade dos serviços de saúde e a densidade populacional dos países.

A prevenção da transmissão de agentes infecciosos através da introdução de medidas de mitigação determina em parte a duração de um evento epidémico, até porque a propagação de uma doença não é somente um fenómeno biológico, combinando em si outros fatores de ordem sociológica, cultural e psicológica (63). Não obstante, pouco se sabe sobre as características que condicionam a adoção de comportamentos

preventivos, uma vez que o estudo da compreensão desses fenómenos acontece com maior expressão na classe dos profissionais de saúde ou em grupos de risco (64) e não tanto na população como um todo.

A decisão em saúde está assente numa série de mecanismos biológicos, sociais e culturais que variam de indivíduo para indivíduo e que não dependem só dele, como mostra em parte o estudo dos determinantes da saúde (65). A literatura científica sugere que a aceitação e adesão a comportamentos protetores, como a prevenção de doenças infecciosas, está relacionada com fatores de motivação, intenção e outros condicionalismos ligados ao processo de tomada de decisão dos indivíduos (66).

A efetividade das restrições impostas na limitação da propagação do coronavírus depende em larga medida da adesão da comunidade (67) (63) (68). Apesar das consequências potencialmente prejudiciais associadas ao incumprimento de tais medidas, a literatura científica relata fenómenos de não adesão ao confinamento em diversos países (69) (70) (71) (72) (73). Essa insubmissão aos comportamentos preventivos acarreta perigos para o não cumpridor, mas também para a comunidade (16), uma vez que indivíduos em menor risco de desenvolver doença severa podem não aderir a medidas de prevenção – como a quarentena voluntária – e com isso colocar em perigo populações de alto risco para a doença (22).

A literatura indica que quanto mais vezes as pessoas observam o cumprimento generalizado das regras, mais tendem a cumpri-las, sendo que o inverso também é verdade, ou seja, quanto mais desobediência observada, maior tendência para a reprodução da mesma, o que é muitas vezes designado de efeito de manada (29) (74) (75) (76). De facto, esta externalidade do comportamento humano é uma preocupação latente nas pandemias, uma vez que as decisões individuais podem não estar alinhadas com os comportamentos expectáveis e socialmente expectáveis (63), podendo ter impacto na sociedade como um todo.

Um estudo exploratório e qualitativo, utilizando grupos focais, encontrou quatro fatores preditores da não adesão ao confinamento voluntário: presença de perdas financeiras; falta de confiança e clareza na comunicação do governo sobre o distanciamento físico; níveis altos de adesão às medidas mas observação de não adesão em terceiros; e incerteza sobre a reintegração social e o futuro (32).

Vários fatores como o género (29) (63) (22) (32) (71) (73) (77) (78) (79), idade (22) (70) (77), local de residência (63) (78) (80) (70), escolaridade (63) (77), agregado familiar (70) (73), rendimento (32) (63), situação laboral (63) (80) e estado de saúde (29) (71) (81) (82) parecem estar associados à adesão ao confinamento, embora essa relação

seja inconclusiva já vez que outras análises não demonstram a existência dessas associações (29) (71) (78) (80) (83) (84) (85) (86) (87). Vários estudos fornecem evidências de que as percepções de risco relacionadas com a saúde e a confiança nas autoridades também podem influenciar a conformidade com as recomendações das autoridades públicas durante uma pandemia (71) (73) (83) (88) (89) (63) (71) (80) (90), embora essa relação seja colocada em causa noutras investigações (78) (32).

1.5 Importância do estudo

Nunca antes na história contemporânea portuguesa se tinha pedido à população para ficar em casa durante um período tão longo por causa de um agente infeccioso. Esta é, talvez, uma das características que mais distingue esta de outras pandemias que afetaram Portugal. O presente estudo vem ao encontro de outras investigações que visam compreender o comportamento da população humana perante uma ameaça nova e relativamente pouco conhecida como é a pandemia da COVID-19.

Obter dados detalhados sobre fatores que contribuem para a adesão a medidas de mitigação é essencial para orientar intervenções de saúde pública (91), mas também para direcionar mensagens de promoção da saúde para populações mais expostas à não conformidade (92). No entanto, não são conhecidos estudos em Portugal sobre o impacto de fatores sociodemográficos, clínicos, de percepção de risco e confiança na adesão às medidas de confinamento veiculadas pelas autoridades públicas no combate à COVID-19 e esta investigação tem como objetivo colmatar essa lacuna.

2. Objetivos

O principal objetivo deste estudo é caracterizar, no âmbito da pandemia de COVID-19, o conjunto de pessoas que não aderiu ao confinamento decretado pelo Governo, entre os dias 21 e 30 de março de 2020, e compará-lo com os indivíduos que aceitaram essa recomendação. Desta forma, pretende-se identificar diferenças nas características desses dois grupos, ao nível sociodemográfico, clínico e de perceção de risco e confiança no Governo e autoridades de saúde.

De um modo específico, os dois objetivos deste trabalho são:

- 1.º - Caracterizar a população aderente e não aderente à recomendação “Sair de casa somente em casos fundamentais”, em Portugal, entre os dias 21 e 30 de março;
- 2.º - Identificar os fatores associados à não adesão ao confinamento durante o primeiro período do estado de emergência em Portugal, considerando as dimensões demográfica, social, laboral, clínica, de perceção de risco e confiança no Governo e instituições.

3. Métodos

3.1 Tipo de estudo

O estudo realizado neste trabalho é do tipo observacional transversal. A escolha deste tipo de estudo prende-se com o objetivo de caracterizar as características sociodemográficas, de saúde, de perceção de risco e de confiança das pessoas que não saem de casa apenas em casos essenciais, comparando-as com as das pessoas que aderiram às determinações das autoridades governamentais e cumpriram o confinamento.

3.2 Fonte de informação

A fonte de dados é o questionário online Barómetro Covid-19: Opinião Social da Escola Nacional de Saúde Pública que se encontra a decorrer. Os dados deste trabalho foram obtidos através de um questionário online de preenchimento individual, partilhado pela Escola Nacional de Saúde Pública nas redes sociais, através de endereço eletrónico e enviado a organizações e associações da área da saúde em Portugal.

O questionário foi administrado online através do programa de software “Microsoft Forms”. O estudo adotou o método de amostragem por conveniência, ou seja, os potenciais participantes foram convidados a participar do estudo através da divulgação do mesmo pelo gabinete de comunicação da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa nas redes sociais, por correio eletrónico às redes de contacto e em meios de comunicação social. Na publicitação do questionário foi ainda solicitada a divulgação do mesmo às redes de contactos pessoais dos potenciais respondentes, por bola-de-neve. Após clicar no link disponibilizado, os participantes puderam aceder a uma página online com informações adicionais sobre o estudo, e com a declaração de consentimento informado. Somente as pessoas que consentiram participar foram encaminhadas para o questionário.

O questionário foi desenvolvido tendo por base o Inquérito Nacional de Saúde (93) no que diz respeito à caracterização sociodemográfica dos respondentes e às questões sobre o estado de saúde. As perguntas sobre a temática da COVID-19 foram criadas pela equipa de investigação do Barómetro Covid-19, um grupo de trabalho multidisciplinar, tendo por base o COVID-19 Rapid Quantitative Assessment Tool da OMS (94). Realizou-se um pré-teste ao questionário para verificação e resolução de erros operacionais, de lacunas de compreensão e verificação de tempos de resposta.

3.3 A população e a amostra em estudo

A população em estudo são todas as pessoas entre os 16 e 100 anos residentes em Portugal que responderam ao questionário entre o 21 e 30 de março. O trabalho tem por base uma amostra de 133.601 pessoas. Os respondentes residentes fora de Portugal foram excluídos desta investigação.

A amostra analisada neste trabalho incluiu apenas indivíduos cujos questionários foram considerados válidos, após verificação e controlo, ou sejam, foram excluídos questionários nos quais foram detetadas inconsistências. Não foram elegíveis para análise:

- Questionários cujos respondentes à questão “Qual a escolaridade que completou?” indicaram possuir “Ensino Superior” embora tivessem 18 ou menos anos;
- Questionários cujos respondentes à questão “Que medidas adotou para evitar ficar infetado com COVID-19, de acordo com as recomendações veiculadas pela DGS. Indique todas as medidas tomadas” indicaram “Não adotámos nenhuma recomendação” e uma outra opção;

Foi também considerado como inválido o campo número de pessoas com quem vive, incluindo o próprio, em:

- Questionários cujos respondentes à questão “Vive com idosos ou pessoas com doença crónica?” disseram “Sim”, mas na questão “Com quantas pessoas vive? (número de pessoas, incluindo o próprio)” referiram apenas uma pessoa;
- Questionários cujos respondentes à questão “Mora com alguém que faz parte de algum grupo profissional em maior risco (médico, enfermeiro, farmacêutico, técnico de diagnóstico e terapêutica, força de segurança, meio de socorro, operador de supermercado, entre outros)?” disseram “Sim”, mas na questão “Com quantas pessoas vive? (número de pessoas, incluindo o próprio)” referiram apenas uma pessoa.

3.4 Definição e operacionalização das variáveis

Para responder aos objetivos do estudo e construir a variável dependente, “adesão ao confinamento”, havia a possibilidade de escolher entre duas perguntas do questionário do Barómetro Covid-19: Opinião Social da Escola Nacional de Saúde Pública:

- “Que medidas adotou para evitar ficar infectado com COVID-19, de acordo com as recomendações veiculadas pela DGS. Indique todas as medidas tomadas” (questão quatro);
- “Está em casa, saindo somente em situação de absoluta necessidade?” (questão cinco).

Optou-se pela primeira questão referida, por esta mencionar explicitamente no seu enunciado ser uma medida de prevenção recomendada pela DGS, sendo uma proxy para a “adesão ao confinamento”. Os respondentes que assinalaram executar a medida “Sair de casa somente em casos fundamentais” foram agrupados na categoria “Sim”, ou seja, são pessoas que aderem ao confinamento, e os que não a sinalizaram foram agrupados na categoria “Não”, ou seja, não aderem ao confinamento. Assim, “Sair de casa somente em casos fundamentais” é usada como variável dependente para caracterizar a “adesão ao confinamento”.

As variáveis independentes foram selecionadas com base na literatura científica e de forma a proporcionar respostas aos objetivos deste estudo, como sistematizado na **Tabela 1**. Com efeito, as 23 variáveis independentes deste trabalho foram distribuídas por cinco componentes distintas - Demográfica, Social, Laboral, Clínica e Opinião - para permitir identificar as componentes e os fatores com maior impacto na adesão à recomendação em estudo. A escolha destas dimensões decorreu da revisão bibliográfica, mais concretamente das análises que se debruçaram sobre a adesão a medidas de prevenção em situações de pandemia (22) (70) (78) (95) (96).

Tabela 1 – Operacionalização das variáveis da base de dados Barómetro Covid-19: Opinião Social

Operacionalização das variáveis da base de dados em estudo				
Dimensão	Variável	Descrição	Tipo	Valores
Demográfica	Sexo	Qual o seu sexo?	Categórica, nominal	Feminino; Masculino;
	Idade	Qual a sua idade?	Categórica, ordinal	[16-25]; [26-45]; [46-65]; [66-99];
	Área de residência	Em que zona do país reside?	Categórica, nominal	LVT; Norte; Centro; Alentejo; Algarve; RAA; RAM;
	Escolaridade	Qual a escolaridade que completou?	Categórica, ordinal	Ensino básico; Ensino Secundário; Ensino Superior;
Social	Número de pessoas com quem vive, incluindo o próprio	Com quantas pessoas vive?	Categórica, ordinal	1; >1
	Vive com idosos ou pessoas com doença crónica	Vive com idosos ou pessoas com doença crónica?	Categórica, nominal	Sim; Não;
	Mora com alguém de grupo profissional em maior risco	Mora com alguém que faz parte de algum grupo profissional em maior risco (médico, enfermeiro, farmacêutico, técnico de diagnóstico e terapêutica, força de segurança, meio de socorro, operador de supermercado, entre outros)?	Categórica, nominal	Sim; Não;
	Tem apoio em caso de infeção	Se ficasse infetado e precisasse de ficar em casa de quarentena por 14 dias, a quem recorreria em primeiro lugar para obter bens alimentares, produtos de farmácia, entre outros?	Categórica, nominal	Sim; Não; Não sei a quem recorrer; Não precisaria de ajuda; Outro;
Laboral	Rendimento do agregado (em euros)	Qual o rendimento mensal líquido do agregado familiar (incluindo vencimentos e outras fontes de rendimento como subsídios, rendas, ajudas monetárias, pensão de alimentos)?	Categórica, ordinal	[0-650]; [651-1000]; [1001-1500]; [1501-2000]; [2001-2500]; [>2500]; Não sei;
	Tem receio de perder rendimento	Sente receio de perder o seu rendimento devido à situação atual relacionada com a COVID-19?	Categórica, ordinal	Não tenho receio; Tenho pouco receio; Tenho receio; Tenho muito receio;

Operacionalização das variáveis da base de dados em estudo

Dimensão	Variável	Descrição	Tipo	Valores
	Atividade profissional	Qual é atualmente a sua ocupação?	Categórica, nominal	Trabalhador(a) por conta de outrem; Trabalhador (a) por conta própria; Doméstico (a); Reformado (a); Desempregado (a); Estudante; Outro;
	Como desenvolve a atividade profissional	Como está a desenvolver a sua atividade profissional?	Categórica, nominal	Teletrabalho; No local de trabalho; Suspendi a atividade profissional; Não se aplica;
	Pertence a um grupo profissional em maior risco	Faz parte de algum grupo profissional em maior risco (médico, enfermeiro, farmacêutico, técnico de diagnóstico e terapêutica, força de segurança, meio de socorro, operador de supermercado, entre outros)?	Categórica, nominal	Sim; Não;
Clínica	Problemas de saúde de risco para a COVID-19	Tem algum dos problemas de saúde considerados de risco para a COVID-19?	Categórica, ordinal	Sem problema; Pelo menos uma patologia; Duas ou mais patologias;
	Com que frequência se sente ansioso, agitado ou triste?	Com que frequência se tem sentido agitado, ansioso, em baixo ou triste devido às medidas de distanciamento físico (permanência em casa, fecho das escolas e universidades, fecho de comércio que não seja de bens de primeira necessidade, etc.)?	Categórica, ordinal	Nunca; Alguns dias; Quase todos os dias; Todos os dias;
	Perceção do Estado de Saúde	De uma maneira geral, como considera o seu estado de saúde?	Categórica, ordinal	Muito mau; Mau; Razoável; Bom; Muito bom;
Opinião	Importância das medidas da DGS	Qual o grau de importância que atribui às medidas veiculadas pela Direção-Geral da Saúde (DGS) para prevenir a propagação da COVID-19 na sua comunidade?	Categórica, ordinal	Nada importante; Pouco importante; Importante; Muito importante;
	Adequação de medidas	Considera que as medidas implementadas pelo Governo têm sido adequadas no combate à pandemia provocada pela COVID-19?	Categórica, ordinal	Nada adequadas; Pouco adequadas; Adequadas;

Operacionalização das variáveis da base de dados em estudo

Dimensão	Variável	Descrição	Tipo	Valores
				Muito adequadas;
	Confiança no governo	Qual o seu nível de confiança na capacidade de resposta do governo à pandemia provocada pela COVID-19?	Categórica, ordinal	Nada confiante; Pouco confiante; Confiante; Muito confiante
	Confiança no SNS	Qual o seu nível de confiança na capacidade de resposta dos serviços de saúde à pandemia provocada pela COVID-19?	Categórica, ordinal	Nada confiante; Pouco confiante; Confiante; Muito confiante
	Perceção de risco individual	Em que medida avalia o risco de vir a ficar infetado com COVID-19?	Categórica, ordinal	Sem risco ou risco baixo; Risco moderado; Risco elevado; Não sei;
	Perceção do risco de desenvolver doença severa ou com complicações	Em que medida avalia o risco de desenvolver doença severa ou com complicações, caso fique infetado com COVID-19?	Categórica, ordinal	Sem risco ou risco baixo; Risco moderado; Risco elevado; Não sei;
	Perceção de risco para a população	Em que medida avalia o risco da COVID-19 para a saúde da população?	Categórica, ordinal	Sem risco ou risco baixo; Risco moderado; Risco elevado; Não sei;

3.5 Tratamento e análise dos dados

O formulário do questionário foi construído em plataforma online, protegida por login privado de acesso exclusivo à equipa de investigação, que compilou e exportou a base de dados em formato Excel. Em seguida a base de dados foi convertida para SPSS, software utilizado para a análise estatística dos dados. As análises dos resultados incluíram apenas os questionários considerados válidos, após verificação e controlo.

Para o primeiro objetivo deste trabalho, elaborou-se uma tabela de frequências com o objetivo de caracterizar e descrever o conjunto de pessoas que aderiu e não aderiu à medida “Sair de casa somente em casos fundamentais”, em Portugal, tendo em conta as variáveis das dimensões Demográfica, Social, Laboral, Clínica e Opinião. Procedeu-se à realização do teste qui-quadrado para verificar a independência das variáveis face à adesão ao confinamento.

Para o segundo objetivo, procedeu-se primeiramente à execução de uma regressão univariada para obtenção do Odds Ratio (OR) bruto. De seguida procedeu-se à

realização de cinco regressões logísticas – uma regressão para cada uma das cinco dimensões – Demográfica, Social, Laboral, Clínica e Opinião – para verificar a associação entre as diferentes variáveis e a adesão ao confinamento. Obtiveram-se os respectivos OR e os intervalos de confiança a 95% (I.C 95%). As dimensões Social, Laboral, Clínica e Opinião foram ajustadas às variáveis contidas na dimensão Demográfica - sexo, idade, local de residência e nível de escolaridade. Foi também realizada uma regressão logística com todas as variáveis independentes consideradas (**Tabela D dos Anexos**).

Pela existência das duas questões referidas passíveis de responder ao objetivo deste estudo e antevendo a possibilidade de existirem discrepâncias nos dados, procedeu-se a uma análise de sensibilidade (**Tabela B dos Anexos**), com uma regressão para cada uma das cinco dimensões (Social, Demográfica, Laboral, Clínica e Opinião), ou seja, cinco regressões, para aferir se a possível associação dos fatores identificados se mantinha em ambas as variáveis.

Para aferir a eventual existência de associações entre as variáveis independentes selecionadas – multicolinearidade –, mediram-se os fatores de inflação da variância para cada uma das variáveis em estudo. Quanto maior for o fator de inflação da variância entre as variáveis, maior é a multicolinearidade. A ausência de multicolinearidade é uma das premissas para estabelecer um modelo de regressão correto. Com a análise dos fatores de inflação da variância pretendeu-se avaliar a relação de cada variável independente com as demais variáveis independentes para eventualmente excluir uma ou mais variáveis independentes correlacionadas.

Para verificar a qualidade do ajuste dos modelos de regressão realizou-se o teste de Hosmer-Lemeshow.

Para avaliar o poder discriminatório de cada uma das dimensões, procedeu-se à construção da Curva Característica de Operação do Recetor (ROC), com um intervalo de confiança de 95%. O objetivo foi analisar qual das componentes em análise definia com maior especificidade e sensibilidade a variável dependente – “Adesão ao confinamento”.

O nível de significância considerado para todas as análises foi de 5%.

Os dados foram tratados no programa IBM SPSS Statistics, versão 26, para macOS Catalina versão 10.15.6.

3.6 Considerações éticas

Este trabalho tem por base uma base de dados anonimizada, construída pela Escola Nacional de Saúde Pública para efeitos de investigação. Assim, as questões relacionadas com o anonimato dos indivíduos que integram a análise não se colocam. A participação neste estudo online foi completamente voluntária.

Apenas participaram no estudo as pessoas que manifestarem expressamente o seu consentimento para participar no mesmo, de forma clara e respondendo que “Aceita” participar, não tendo sido admissível o consentimento tácito.

Este estudo foi aprovado pelo Comité de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) – (CE/ENSP/CREE/2/2020).

4. Resultados

A **Tabela 2** apresenta a distribuição dos dados de ambas as questões presentes no questionário sobre a adesão ao confinamento. É possível verificar a discrepância nas respostas dos inquiridos, com 11974 pessoas a responderem de forma diferente e somente 3158 pessoas a responderem “Não” e 118329 a indicarem “Sim” em ambas as perguntas. A **Tabela A** dos **Anexos** contém a análise de sensibilidade realizada apenas com os indivíduos que mantiveram a sua resposta nas duas questões.

Tabela 2 – Distribuição dos dados das questões 4 e 5 do Barómetro Covid-19: Opinião Social da Escola Nacional de Saúde Pública durante o período entre os dias 21 e 30 de março.

Está em casa saindo somente em situação de absoluta necessidade (Questão 4)	Sair de casa somente em casos fundamentais (Questão 5)		Total
	Não	Sim	
Não	3158 (2,4%)	7683 (5,8%)	10841 (8,1%)
Sim	4291 (3,2%)	118329 (88,7%)	122620 (91,9%)
Total	7449 (5,6%)	126012 (94,4%)	133461 (100%)

A **Tabela 3** sumariza a caracterização da amostra em estudo e a significância das variáveis selecionadas em relação à “adesão ao confinamento”.

Dos 133.601 respondentes, 64,3% eram mulheres e 35,7% homens. Do total, 5,4% tinham até ao 9.º ano de escolaridade, 25,6% terminaram o Ensino Secundário e 69% concluíram o Ensino Superior. Do ponto de vista etário, 7,8% tinham entre 16 e 25 anos, 49,2% tinham entre 26 e 45 anos, 37,2% tinham entre 46 e 65 anos e 5,8% tinham mais de 66 anos.

Os resultados indicam que a grande maioria (94,4%) dos respondentes optou por sair de casa somente em casos considerados essenciais, o que denota uma grande adesão dos indivíduos da amostra ao confinamento.

Entre as pessoas (7436) que não aderem à medida “Sair de casa somente em casos fundamentais”, uma grande parte (47,5%) continua a desempenhar a sua atividade profissional no local de trabalho, não tendo transitado para o teletrabalho. Em sentido

contrário, do total de pessoas que adere à medida, 44,7% dos inquiridos está em teletrabalho. No que toca à distribuição dos dados da atividade profissional por sexo, uma percentagem semelhante de mulheres e homens estavam em teletrabalho (44,3% vs 42,3%). No entanto, menos mulheres reportaram continuar no local de trabalho relativamente aos homens (18,5% vs 23,3%) (Ver **Tabela B** dos **Anexos**).

Do total de respondentes, 14,9% diz pertencer a um grupo profissional em maior risco. Já 80,7% das pessoas que permaneceram no local de trabalho consideravam ter risco moderado ou elevado de contrair infeção. No grupo de pessoas em teletrabalho esse valor é menor (53,3%) (**Tabela C** dos **Anexos**). Mais de metade da população em estudo (63,1%) diz ter receio ou muito receio de perder o rendimento devido à situação atual relacionada com a COVID-19.

Do total da amostra estudada, 1,6% (n=2096) afirmam não aderir à medida ao dever geral de recolhimento, embora não estejam a trabalhar ou tenham suspenso a atividade profissional. Deste conjunto de pessoas, 93,5% (n=1959) consideram as recomendações da DGS importantes ou muito importantes.

Quanto à perceção de risco, 17,4% das mulheres e 19,8% dos homens consideram ter um risco elevado de ficar infetado com o vírus SARS-CoV-2. No que toca ao risco de desenvolver doença severa ou complicações, 48,2% das pessoas com mais de 65 anos admitem ter um risco elevado. Já o grupo de pessoas entre os 16 e os 25 anos é o que considera ter menor risco de desenvolver doença severa ou complicações (9,5%).

As pessoas que vivem no Centro do país (20,1%) são as que se sentem em maior risco de desenvolverem a infeção. Por outro lado, as que se sentem em menor risco são as que vivem na Madeira (13,8%).

Cerca de 26,7% da população vive com um idoso ou com pessoa com doença crónica. No caso de ficar infetado, 89,3% dos inquiridos diz ter alguém ou alguma instituição à qual recorrer.

Tabela 3 - Frequências (%) das características demográficas, sociais, laborais, clínicas e de opinião da amostra face à adesão ao confinamento

Frequências (%) das características demográficas e clínicas da população face à adesão ao confinamento									
Dimensões	Variáveis	Categorias	Não	%	Sim	%	p-value	Omissos	%
Demográfica	Sexo	Feminino	4087	4,8%	81599	95,2%	<0,001	255	0,19%
		Masculino	3349	7,0%	44311	93,0%			
	Idade	16-25	674	6,5%	9769	93,5%	<0,001	140	0,10%
		26-45	3550	5,4%	62145	94,6%			
		46-65	2719	5,5%	46857	94,5%			
		>65	506	6,5%	7241	93,5%			
	Área de residência	LVT	3350	5,3%	60061	94,7%	<0,001	140	0,10%
		Norte	1818	5,7%	30348	94,3%			
		Centro	1271	6,2%	19070	93,8%			
		Alentejo	329	6,0%	5167	94,0%			
		Algarve	287	5,8%	4635	94,2%			
		RAA	258	6,2%	3876	93,8%			
		RAM	136	4,5%	2855	95,5%			
	Escolaridade	Até ao 9º ano	722	10,0%	6481	90,0%	<0,001	610	0,46%
		Secundário	2372	7,0%	31657	93,0%			
		Ensino Superior	4324	4,7%	87435	95,3%			
Social	Número de pessoas com quem vive,	1	1077	6,6%	15319	93,4%	<0,001	2564	1,92%
		> 1	6194	5,4%	108447	94,6%			

Frequências (%) das características demográficas e clínicas da população face à adesão ao confinamento									
Dimensões	Variáveis	Categorias	Não	%	Sim	%	p-value	Omissos	%
	incluindo o próprio								
	Viver com idosos ou pessoas com doença crónica	Não	5465	5,6%	92003	94,4%	0,376	629	0,47%
		Sim	1946	5,5%	33558	95,5%			
	Morar com alguém de grupo profissional em maior risco	Não	6284	5,4%	110593	94,6%	<0,001	551	0,41%
		Sim	1124	6,9%	15049	93,1%			
	Apoio em caso de necessidade	Sim	6891	5,5%	118431	94,50%	<0,001	223	0,17%
		Não tenho a quem recorrer	126	8,2%	1416	91,80%			
		Não sei a quem recorrer	186	6,2%	2821	93,80%			
		Não precisaria de ajuda	98	7,0%	1308	93,00%			
		Outro	142	6,8%	1959	93,20%			
Laboral	Rendimento do agregado (em euros)	<650	614	8,6%	6521	91,4%	<0,001	11496	8,60%
		651-1000	1411	7,2%	18111	92,8%			
		1001-1500	1496	5,5%	25780	94,5%			
		1501-2000	1127	4,9%	21778	95,1%			
		2001-2500	785	4,5%	16586	95,5%			
		> 2501	1132	4,7%	22992	95,3%			
		Não sei	248	6,6%	3524	93,4%			

Frequências (%) das características demográficas e clínicas da população face à adesão ao confinamento									
Dimensões	Variáveis	Categorias	Não	%	Sim	%	p-value	Omissos	%
	Receio de perder rendimento	Não tenho receio	1335	6,3%	19890	93,7%	<0,001	4109	3,07%
		Tenho pouco receio	1267	4,8%	25339	95,2%			
		Tenho receio	2426	5,6%	41256	94,4%			
		Tenho muito receio	2185	5,8%	35794	94,2%			
	Qual a atividade profissional?	Trabalhador por conta de outrem	4805	5,8%	77677	94,2%	<0,001	140	0,10%
		Trabalhador por conta própria	1006	4,9%	19668	95,1%			
		Doméstica(o)	57	4,0%	1385	96,0%			
		Reformado	543	5,8%	8767	94,2%			
		Desempregado	220	4,2%	5014	95,8%			
		Estudante	394	5,6%	6656	94,4%			
		Outro	424	5,8%	6845	94,2%			
	Como desenvolve a atividade profissional	Teletrabalho	1767	3,1%	55712	96,9%	<0,001	1632	1,22%
		No local de trabalho	3492	13,1%	23190	86,9%			
		Suspendi a atividade profissional	1025	4,0%	24444	96,0%			

Frequências (%) das características demográficas e clínicas da população face à adesão ao confinamento									
Dimensões	Variáveis	Categorias	Não	%	Sim	%	p-value	Omissos	%
Clínica		Não se aplica	1071	4,8%	21268	95,2%			
	Pertence a um grupo profissional em maior risco	Não	5590	5,0%	107311	95,0%	<0,001	904	0,68%
		Sim	1781	9,0%	18015	91,0%			
	Problemas de saúde de risco para a COVID-19	Sem problema	5211	5,5%	90379	94,5%	0,232	3156	2,36%
		Pelo menos uma comorbilidade	1685	5,7%	28101	94,3%			
		Duas ou mais comorbilidades	296	5,80%	4773	94,2%			
	Com que frequência se sente ansioso, agitado ou triste?	Nunca	1539	5,9%	24558	94,1%	<0,001	813	0,61%
		Alguns dias	3585	5,0%	68326	95,0%			
		Quase todos os dias	1308	6,0%	20453	94,0%			
		Todos os dias	924	7,1%	12095	92,9%			
	Percepção do Estado de Saúde	Muito mau	19	13,2%	125	86,8%	<0,001	381	0,29%
		Mau	104	8,3%	1144	91,7%			
		Razoável	2004	6,2%	30116	93,8%			
		Bom	3894	5,4%	68384	94,6%			
		Muito bom	1404	5,1%	26026	94,9%			
Opinião	Importância das medidas da DGS	Nada importante	62	16,8%	306	83,2%	<0,001	1567	1,17%

Frequências (%) das características demográficas e clínicas da população face à adesão ao confinamento									
Dimensões	Variáveis	Categorias	Não	%	Sim	%	p-value	Omissos	%
		Pouco importante	205	11,3%	1605	88,7%			
		Importante	1428	8,9%	14635	91,1%			
		Muito importante	5592	4,9%	108201	95,1%			
	Adequação de medidas	Nada adequadas	283	14,1%	1723	85,9%	<0,001	2820	2,11%
		Pouco adequadas	2070	6,7%	28723	93,3%			
		Adequadas	4248	5,1%	79643	94,9%			
		Muito adequadas	649	4,6%	13442	95,4%			
	Confiança no governo	Nada confiante	632	9,9%	5771	90,1%	<0,001	2841	2,13%
		Pouco confiante	2450	6,1%	37446	93,9%			
		Confiante	3692	4,9%	70999	95,1%			
		Muito confiante	500	5,1%	9270	94,9%			
	Confiança no SNS	Nada confiante	417	8,4%	4521	91,6%	<0,001	2218	1,66%
		Pouco confiante	2387	5,6%	40514	94,4%			
		Confiante	3776	5,3%	67432	94,7%			
		Muito confiante	734	6,0%	11602	94,0%			

Frequências (%) das características demográficas e clínicas da população face à adesão ao confinamento									
Dimensões	Variáveis	Categorias	Não	%	Sim	%	p-value	Omissos	%
	Perceção de risco individual	Sem risco ou risco baixo	1648	4,0%	39113	96,0%	<0,001	555	0,42%
		Risco moderado	2812	5,3%	50238	94,7%			
		Risco elevado	2232	9,2%	22041	90,8%			
		Não sei	727	4,9%	14235	95,1%			
	Percepção do risco de desenvolver doença severa ou com complicações	Sem risco ou risco baixo	2472	5,0%	46818	95,0%	<0,001	570	0,43%
		Risco moderado	2469	5,7%	41155	94,3%			
		Risco elevado	1643	6,7%	22816	93,3%			
		Não sei	822	5,2%	14836	94,8%			
	Perceção de risco para a população	Sem risco ou risco baixo	125	12,7%	858	87,3%	<0,001	428	0,32%
		Risco moderado	989	5,9%	15668	94,1%			
		Risco elevado	6173	5,4%	107112	94,6%			
		Não sei	132	5,9%	2116	94,1%			

Notas – p-value: teste de independência do Qui-quadrado;

A **Tabela 4** mostra os resultados da regressão univariada e multivariada para a não adesão ao confinamento – foram feitas cinco regressões logísticas multivariadas, ajustadas para o sexo, idade, área de residência e escolaridade. Não se verificou multicolinearidade entre as variáveis independentes selecionadas para os vários modelos em estudo. Para efeitos de comparação, realizou-se também uma única regressão logística para todas as variáveis que pode ser consultada na **Tabela D** dos **Anexos**.

Na dimensão demográfica, mantendo as restantes variáveis constantes, ou seja, sexo, escolaridade e local de residência, ter entre 26-65 anos (OR: 0,867 IC: [0,797;0,942]) está associado a uma maior adesão ao confinamento quando comparado com pessoas entre os 16 e os 25 anos. No entanto, na análise de sensibilidade (**Tabela A** dos **Anexos**) esse efeito deixa de existir, passando os indivíduos com mais de 65 anos a ter cerca de 74% maior chance de aderir ao confinamento (OR: 0,261 IC: [0,198;0,344]). No que toca à escolaridade, ter o ensino secundário (OR: 0,688 IC: [0,629;0,751]) ou o ensino superior (OR: 0,478 IC: [0,440;0,520]) parecem aumentar em cerca de 31% e 53%, respetivamente, a hipótese de aderir ao confinamento em relação aos indivíduos que completaram o ensino básico.

Já na dimensão social, viver acompanhado, ou seja, com pelo menos mais uma pessoa, aumenta a chance de aderir ao confinamento em cerca de 24% (OR: 0,756 IC: [0,704;0,813]). No entanto, não existem diferenças estatisticamente significativas face ao conjunto de pessoas que vive com um idoso ou pessoa com doença crónica. Já na análise de sensibilidade (**Tabela A** dos **Anexos**), as pessoas que vive com um idoso ou com uma pessoa com doença crónica parecem ter 10% menos chance de não aderir ao confinamento (OR: 0,899 IC: [0,822;0,983]). Morar com alguém que faz parte de um grupo de risco parece aumentar o risco de não aderir ao confinamento (OR: 1,334 IC: [1,245;1,430]). No caso de vir a desenvolver infeção, considerar que não se teria apoio aumenta em 39% a chance de não cumprir a medida em estudo (OR: 1,387 IC: [1,144;1,683]), enquanto achar que não se precisaria de ajuda amplia em 24% esse risco (OR: 1,244 IC: [1,007;1,538]). Porém, na regressão única para todas as variáveis (**Tabela D** dos **Anexos**), a variável deixa de ser estatisticamente significativa para a adesão ao confinamento.

Na dimensão laboral, quando se analisa o rendimento do agregado familiar, observa-se que à medida que o mesmo aumenta, cresce também a chance de aderir ao confinamento. Bastam pequenas oscilações no escalão de rendimentos para se notarem diferenças. Por exemplo, uma pessoa que faça parte de um agregado com um

rendimento mensal bruto até 650 euros tem menos 32% de chance de aderir ao confinamento face a um indivíduo do escalão seguinte (650-1000 euros) (OR: 0,779 IC: [0,700;0,866]). Já uma pessoa que faça parte de um agregado com um rendimento entre 2001 e 2500 euros tem maior risco de adotar o comportamento preventivo em análise (OR: 0,541 IC: [0,478;0,611]). Ter algum nível de receio de perder rendimento parece ser um fator que está também associado à adesão ao confinamento. O modo como se desenvolve a atividade profissional parece ser a variável com maior efeito. Estar no local de trabalho aumenta em mais de quatro vezes a chance de não adesão ao confinamento (OR: 4,335 IC: [4,033;4,659]), o que também se verifica na regressão única para todas as variáveis (**Tabela D dos Anexos**). Já na análise de sensibilidade (**Tabela A dos Anexos**), esse efeito ganha força: estar no local de trabalho aumenta em cerca de 20 vezes o risco de não adoção da medida preventiva em estudo (OR: 19,821 IC: [17,469;22,489]). No entanto, segundo a análise, pertencer a um grupo profissional de maior risco não está estatisticamente relacionado com a variável em estudo (OR: 1,00 IC: [0,934;1,071]), embora na regressão única se observe um efeito protetor (OR: 0,848 IC [0,784;0,918]) assim como na análise de sensibilidade (OR: 0,819 IC: [0,745;0,900]). Já ser estudante parece aumentar o risco de sair de casa sem ser em casos fundamentais (OR: 1,239 IC: [1,045;1,468]).

Na componente clínica do modelo, ter um, dois ou mais problemas de risco para a COVID-19 não está associado à adoção do comportamento preventivo em análise. A análise de sensibilidade fornece uma visão diferente: ter um ou mais problemas de saúde pode aumentar em até 34% a chance de adesão à medida (OR: 0,660 IC: [0,524;0,831]). Ter algum nível de ansiedade, agitação ou tristeza também parece aumentar a chance de aderir ao confinamento (OR: 0,872 [0,818;0,929]), ainda que senti-lo todos os dias tenha o efeito contrário (OR: 1,221 [1,117;1,335]). Ter muito má perceção do estado de saúde parece estar negativamente associado à adesão ao confinamento face ao grupo de pessoas que considera ter muito boa perceção do estado de saúde (OR muito boa perceção vs muito má: 0,486 IC: [0,282;0,839]), embora este efeito não seja significativo na análise de sensibilidade nem na regressão única.

Na dimensão opinião, concretamente em relação às medidas preventivas das autoridades públicas, os indivíduos que as consideravam muito adequadas apresentam 39% maior chance de aderiram à recomendação em estudo (OR: 0,608 IC: [0,501;0,739]) comparando com o grupo de indivíduos que as julgavam nada adequadas. Observou-se o mesmo efeito na regressão única e na análise de sensibilidade. Já ter algum grau de confiança no Governo está positivamente

relacionado com a adesão ao confinamento (OR alguma confiança vs nada confiante: 0,808 IC: [0,708;0,922]). O mesmo efeito é observável em indivíduos com muita confiança no Governo (OR: 0,827 [0,696;0,982]). A análise de sensibilidade confirma esse resultado, embora na regressão única para todas as variáveis esse nível de confiança mais empolado não seja significativo.

As pessoas que consideraram estar em maior risco de desenvolver a infecção tinham duas vezes mais chance de não aderir ao confinamento (OR: 2,375 IC: [2,208;2,555]), efeito que perde força na regressão única (OR: 1,370 IC: [1,254;1,497]), mas que é potenciado na análise de sensibilidade (OR: 5,495 IC: [4,886;6,181]). Quando comparado com as pessoas que consideravam não ter risco ou ter risco baixo de ficar infectadas, ter risco moderado (OR: 1,376 IC: [1,288;1,4709]) parece aumentar em 38% a chance de não aderir ao confinamento. Por outro lado, achar que existe risco moderado e risco elevado para a população confere maior chance de aderir ao confinamento (OR risco moderado vs sem risco ou risco baixo: 0,504 IC: [0,407;0,625]) (OR risco elevado vs sem risco ou risco baixo: 0,448 IC: [0,365;0,552]).

As áreas abaixo da curva ROC foram de 0,586 IC: [0,579;0,593] para a dimensão demográfica, 0,596 IC: [0,589;0,603] para a social, 0,699 IC: [0,693;0,706] para a laboral, 0,594 IC: [0,587;0,601] para a clínica e 0,644 IC: [0,637;0,650] para a componente opinião. A área abaixo da curva ROC para todas as dimensões foi de 0,710 IC: [0,703;0,718], o que se traduz num modelo com um poder de discriminação considerado aceitável. O ajuste aos modelos foi adequado consoante o teste de Hosmer-Lemeshow.

Tabela 4 – Odds ratio brutos e ajustados para a não adesão ao confinamento em relação às variáveis das dimensões demográfica, social, laboral, clínica e opinião

			Não adesão ao confinamento					
			Regressão univariada			Regressão multivariada		
Dimensões	Variáveis	Categorias	OR bruto	I.C. a 95%	p-value	OR ajustado	I.C. a 95%	p-value
Demográfica	Sexo	Feminino	*	*	*	*	*	*
		Masculino	1,509	[1,440;1,582]	<0,001	1,427	[1,360;1,497]	<0,001
	Idade	16-25	*	*	*	*	*	*
		26-65	0,834	[0,768;0,905]	<0,001	0,867	[0,797;0,942]	<0,001
		>65	1,013	[0,899;1,141]	0,834	0,939	[0,831;1,061]	0,312
	Residência	LVT	*	*	*	*	*	*
		Norte	1,074	[1,013;1,139]	0,017	1,048	[0,988;1,112]	0,117
		Centro	1,195	[1,118;1,277]	<0,001	1,157	[1,082;1,238]	<0,001
		Alentejo	1,142	[1,016;1,283]	0,026	1,114	[0,991;1,253]	0,071
		Algarve	1,110	[0,980;1,257]	0,099	1,083	[0,956;1,228]	0,210
		RA Açores	1,193	[1,047;1,360]	0,008	1,117	[0,979;1,274]	0,101
		RA Madeira	0,854	[0,717;1,018]	0,078	0,850	[0,713;1,013]	0,070
	Escolaridade completa	Até ao 9º ano	*	*	*	*	*	*
		Secundário	0,673	[0,616;0,734]	<0,001	0,688	[0,629;0,751]	<0,001
		Ensino Superior	0,444	[0,409;0,482]	<0,001	0,478	[0,440;0,520]	<0,001
Social		1	*	*	*	*	*	*

			Não adesão ao confinamento					
			Regressão univariada			Regressão multivariada		
Dimensões	Variáveis	Categorias	OR bruto	I.C. a 95%	p-value	OR ajustado	I.C. a 95%	p-value
	Número de pessoas com quem vive, incluindo o próprio	> 1	0,812	[0,760;0,869]	<0,001	0,756	[0,704;0,813]	<0,001
	Viver com idosos ou pessoas com doença crónica	Não	*	*	*	*	*	*
		Sim	0,976	[0,926;1,030]	0,376	0,989	[0,934;1,047]	0,698
	Morar com alguém de grupo profissional em maior risco	Não	*	*	*	*	*	*
		Sim	1,314	[1,231;1,404]	<0,001	1,334	[1,245;1,430]	<0,001
	Apoio em caso de infeção	Sim	*	*	*	*	*	*
		Não tenho a quem recorrer	1,529	[1,272;1,838]	<0,001	1,387	[1,144;1,683]	0,010
		Não sei a quem recorrer	1,133	[0,975;1,317]	0,103	1,052	[0,899;1,230]	0,526
		Não precisaria de ajuda	1,288	[1,047;1,583]	0,017	1,244	[1,007;1,538]	0,043
		Outro	1,246	[1,049;1,480]	0,012	1,222	[1,020;1,463]	0,030
Laboral	Rendimento do agregado (em euros)	<650	*	*	*	*	*	*
		651-1000	0,827	[0,750;0,913]	<0,001	0,779	[0,700;0,866]	<0,001
		1001-1500	0,616	[0,559;0,680]	<0,001	0,619	[0,556;0,689]	<0,001
		1501-2000	0,550	[0,496;0,609]	<0,001	0,580	[0,518;0,650]	<0,001
		2001-2500	0,503	[0,450;0,561]	<0,001	0,541	[0,478;0,611]	<0,001
		> 2501	0,523	[0,472;0,579]	<0,001	0,562	[0,500;0,633]	<0,001

			Não adesão ao confinamento					
			Regressão univariada			Regressão multivariada		
Dimensões	Variáveis	Categorias	OR bruto	I.C. a 95%	p-value	OR ajustado	I.C. a 95%	p-value
		Não sei	0,747	[0,641;0,871]	<0,001	0,815	[0,683;0,972]	0,023
	Receio de perder rendimento	Não tenho receio	*	*	*	*	*	*
		Tenho pouco receio	0,745	[0,688; 0,806]	<0,001	0,819	[0,752;0,891]	<0,001
		Tenho receio	0,876	[0,818;0,939]	<0,001	0,914	[0,847;0,986]	0,019
		Tenho muito receio	0,909	[0,848;0,976]	0,008	0,927	[0,854;1,006]	0,068
	Qual a atividade profissional?	Trabalhador por conta de outrem	*	*	*	*	*	*
		Trabalhador por conta própria	0,827	[0,771;0,887]	<0,001	0,921	[0,850;0,998]	0,044
		Doméstica(o)	0,665	[0,510;0,868]	0,030	0,849	[0,606;1,189]	0,340
		Reformado	1,001	[0,914;1,097]	0,978	1,128	[0,945;1,346]	0,184
		Desempregado	0,709	[0,618;0,814]	<0,001	0,844	[0,704;1,011]	0,065
		Estudante	0,957	[0,861;1,064]	0,414	1,239	[1,045;1,468]	0,013
		Outro	1,001	[0,904;1,109]	0,979	1,027	[0,911;1,158]	0,660
	Como desenvolve a atividade profissional	Teletrabalho	*	*	*	*	*	*
		No local de trabalho	4,748	[4,475;5,037]	<0,001	4,335	[4,033;4,659]	<0,001
		Suspendi a atividade profissional	1,322	[1,222;1,430]	<0,001	1,177	[1,075;1,289]	<0,001
		Não se aplica	1,588	[1,469;1,716]	<0,001	1,204	[1,071;1,354]	0,002

			Não adesão ao confinamento					
			Regressão univariada			Regressão multivariada		
Dimensões	Variáveis	Categorias	OR bruto	I.C. a 95%	p-value	OR ajustado	I.C. a 95%	p-value
Clínica	Pertence a um grupo profissional em maior risco	Não	*	*	*	*	*	*
		Sim	1,898	[1,795;2,006]	<0,001	1	[0,934;1,071]	0,998
	Problemas de saúde de risco para a COVID-19	Sem problema	*	*	*	*	*	*
		Pelo menos uma patologia	1,040	[0,983;1,100]	0,174	0,983	[0,927;1,044]	0,582
		Duas ou mais patologias	1,076	[0,953;1,214]	0,237	0,899	[0,791;1,023]	0,107
	Com que frequência se tem sentido ansioso, agitado ou triste devido às medidas de distanciamento?	Nunca	*	*	*	*	*	*
		Alguns dias	0,837	[0,787;0,890]	<0,001	0,872	[0,818;0,929]	<0,001
		Quase todos os dias	1,020	[0,946;1,101]	0,601	1,034	[0,955;1,119]	0,415
		Todos os dias	1,219	[1,120;1,326]	<0,001	1,221	[1,117;1,335]	<0,001
	Perceção geral do estado de saúde	Muito mau	*	*	*	*	*	*
		Mau	0,598	[0,355;1,009]	0,054	0,719	[0,403;1,283]	0,264
		Razoável	0,438	[0,270;0,711]	0,001	0,556	[0,323;0,957]	0,034
		Bom	0,375	[0,231;0,608]	<0,001	0,499	[0,290;0,859]	0,012
		Muito bom	0,355	[0,218;0,577]	<0,001	0,486	[0,282;0,839]	0,009
Opinião	Importância das medidas da DGS	Nada importante	*	*	*	*	*	*
		Pouco importante	0,630	[0,463;0,859]	0,003	0,761	[0,542;1,068]	0,114
		Importante	0,482	[0,365;0,636]	<0,001	0,746	[0,545;1,021]	0,068

			Não adesão ao confinamento					
			Regressão univariada			Regressão multivariada		
Dimensões	Variáveis	Categorias	OR bruto	I.C. a 95%	p-value	OR ajustado	I.C. a 95%	p-value
	Adequação de medidas	Muito importante	0,255	[0,194;0,336]	<0,001	0,445	[0,326;0,608]	<0,001
		Nada adequadas	*	*	*	*	*	*
		Pouco adequadas	0,439	[0,384;0,501]	<0,001	0,667	[0,565;0,786]	<0,001
		Adequadas	0,325	[0,285;0,370]	<0,001	0,638	[0,537;0,758]	<0,001
		Muito adequadas	0,294	[0,253;0,341]	<0,001	0,608	[0,501;0,739]	<0,001
	Confiança no governo	Nada confiante	*	*	*	*	*	*
		Pouco confiante	0,597	[0,545;0,655]	<0,001	0,862	[0,765;0,972]	0,015
		Confiante	0,475	[0,435;0,519]	<0,001	0,808	[0,708;0,922]	0,002
		Muito confiante	0,493	[0,436;0,556]	<0,001	0,827	[0,696;0,982]	0,030
	Confiança no SNS	Nada confiante	*	*	*	*	*	*
		Pouco confiante	0,639	[0,573;0,712]	<0,001	0,913	[0,803;1,039]	0,169
		Confiante	0,607	[0,546;0,675]	<0,001	1,003	[0,877;1,146]	0,969
		Muito confiante	0,686	[0,605;0,777]	<0,001	1,120	[0,958;1,310]	0,154
	Perceção de risco individual	Sem risco ou risco baixo	*	*	*	*	*	*
		Risco moderado	1,328	[1,248;1,414]	<0,001	1,376	[1,288;1,470]	<0,001
		Risco elevado	2,403	[2,250;2,567]	<0,001	2,375	[2,208;2,555]	<0,001
		Não sei	1,212	[1,109;1,325]	<0,001	1,220	[1,098;1,355]	<0,001

			Não adesão ao confinamento					
			<i>Regressão univariada</i>			<i>Regressão multivariada</i>		
Dimensões	Variáveis	Categorias	OR bruto	I.C. a 95%	p-value	OR ajustado	I.C. a 95%	p-value
	Perceção do risco de desenvolver doença severa ou com complicações	Sem risco ou risco baixo	*	*	*	*	*	*
		Risco moderado	1,136	[1,073;1,203]	<0,001	0,998	[0,938;1,061]	0,944
		Risco elevado	1,364	[1,279;1,455]	<0,001	0,973	[0,903;1,047]	0,463
		Não sei	1,049	[0,968;1,138]	0,244	0,947	[0,859;1,044]	0,272
	Perceção de risco para a população	Sem risco ou risco baixo	*	*	*	*	*	*
		Risco moderado	0,433	[0,355;0,528]	<0,001	0,504	[0,407;0,625]	<0,001
		Risco elevado	0,396	[0,327;0,478]	<0,001	0,448	[0,365;0,552]	<0,001
		Não sei	0,428	[0,331;0,554]	<0,001	0,516	[0,386;0,689]	<0,001

5. Discussão

5.1 Discussão dos resultados

Este trabalho mostra que a grande maioria dos inquiridos aderiu ao confinamento imposto pelas autoridades governamentais, optando por sair de casa somente em casos fundamentais. Não obstante, a não adesão ao confinamento parece estar associada a várias variáveis de ordem sociodemográfica, laboral, clínica, de percepção de risco e de confiança. Ser homem, ter menos de 25 anos, ter menor escolaridade, viver sozinho, morar com um profissional em maior risco, não ter ninguém a quem recorrer em caso de infeção, pertencer a um agregado com rendimentos mais baixos, continuar no local de trabalho, ter percepção de risco de ficar infetado elevada, ter má percepção do seu estado de saúde, não ter confiança no governo e considerar as medidas de mitigação pouco importantes ou pouco adequadas são características que estão associadas à não adesão ao confinamento. As dimensões laboral e opinião contêm variáveis com efeitos fortes e surgem como as que parecem discriminar melhor os indivíduos que não aderem à medida em estudo.

De todas as variáveis em análise, o modo como se desempenha a atividade profissional é um dos fatores com maior efeito. Assim, estar no local de trabalho aumenta 4 vezes a chance de não aderir ao confinamento (OR: 4,335 IC: [4,033;4,659]). Este resultado está em linha com outros estudos. Nos Estados Unidos, Papageorge et al. (2020) mostram que pessoas que fizeram a transição para o teletrabalho são 9% a 12% mais propensas a adotar comportamentos preventivos como o distanciamento social (63). Num estudo desenvolvido na Austrália, Eastwood et al. (2009) também concluíram que trabalhadores que não podem transitar para o teletrabalho devido ao tipo de função que desempenham são menos propensos a aderir ao confinamento (97). Esta associação pode suceder da prevaricação perante a obrigação de ter de se deslocar para o trabalho, uma vez que o simples facto de estar na rua abre a possibilidade de fazer deslocações desnecessárias. Esta ideia vai ao encontro do efeito do fatalismo, na qual um indivíduo acredita que a exposição ao risco é tão grande que é praticamente inevitável apanhar a infeção, diminuindo dessa forma a adoção de comportamentos preventivos (98) (99) (100). A análise da **Tabela C** dos **Anexos** permite observar que, de facto, a percentagem de pessoas que consideravam ter risco elevado de contrair a infeção é maior no grupo de pessoas que está no local de trabalho do que no conjunto de indivíduos que está em teletrabalho. Por outro lado, existe a possibilidade dos inquiridos

terem assumido que sair de casa para o local de trabalho não constitui uma deslocação fundamental, o que pode estar a mascarar os resultados da variável.

Este estudo também indica que os homens têm uma chance maior de não aderir à recomendação em estudo (OR: 1,427 IC: [1,360;1,49]), o que vai ao encontro da literatura científica (101) (102) (29) (63) (22) (32) (71) (73) (77) (78) (79) que denota haver no sexo masculino uma menor propensão para aderir a comportamentos preventivos. As diferenças de género observadas no distanciamento social poderão ser, em parte, explicadas por fatores estruturais, como diferentes condições de emprego, distribuição salarial ou composição familiar, em detrimento da motivação pessoal dos indivíduos para manter práticas preventivas. A análise dos dados deste estudo sugere que não há grandes diferenças na distribuição do modo como se desempenha a atividade profissional por sexo, embora haja mais homens no local de trabalho do que mulheres (**Tabela B dos Anexos**), o que poderá estar intimamente relacionado com a adesão ao comportamento preventivo em análise. Investigações citadas por Hiller et al. (2017) sugerem também que as taxas de participação de homens e mulheres em estudos podem ser discrepantes por vários motivos, chegando a incluir mais de dois terços de um dos sexos em detrimento do outro (103). Não obstante, um estudo desenvolvido nos Estados Unidos sugere que as mulheres tendem a ter uma ação mais preventiva no âmbito da COVID-19 (104), um resultado que está em conformidade com a revisão sistemática de Hiller et al. (2017) que dá conta da tendência das mulheres serem mais preocupadas com a saúde e mais propensas à adoção de comportamentos preventivos (103). Já a revisão de Bish e Michie (2010) que envolveu 36 estudos conclui que é bastante comum na literatura encontrar maior adesão a medidas preventivas no sexo feminino, nomeadamente o isolamento profilático, justificando que tal possa estar relacionado com o facto das mulheres se acharem mais suscetíveis de desenvolverem infeção (83).

Relativamente à faixa etária, a investigação sugere que ser mais jovem está associado a um menor risco de adesão à medida, uma conclusão que vai ao encontro de outros estudos (22) (29) (70) (71) (77) (78) (80) (105). Para Wickman et al. (2008), a adolescência e a perceção de invencibilidade a ela associada são um desafio para a definição de estratégias de promoção de saúde (106), já que a adoção de comportamentos de alto risco é normativa na adolescência (107), fenómeno que pode ser explicado pela ilusão de que se é invulnerável ao risco e que é marcada por crenças como “isto não me vai acontecer” (108). Soofi et al. (2020) dizem que esse otimismo é natural à condição humana, com as pessoas a terem tendência para estimar acima da média a sua probabilidade de alcançar resultados futuros positivos e abaixo da média a

sua chance de obter resultados futuros negativos (76). Por outro lado, sendo a COVID-19 uma doença com particular risco para os indivíduos com mais de 65 anos, é expectável que se observe uma maior adesão ao confinamento nas idades mais provectas (77).

Avaliando os níveis de escolaridade, observa-se uma relação positiva entre o grau de escolaridade e adesão ao confinamento, pelo que maior escolaridade sugere maior adoção da medida em estudo (OR: 0,478 IC: [0,440;0,520]). No entanto, em outros estudos, o nível de escolaridade parece não ser um fator que ajude a medir o risco de adesão a medidas de saúde pública (63) (77) (87). Porém, Atchison et al. (2020), ao analisarem uma amostra do Reino Unido, aperceberam-se de que pessoas com formação para além do ensino secundário mas sem um título académico tinham menor chance de aderirem à quarentena voluntária (70). Também no Reino Unido, durante a pandemia de gripe suína, Rubin et al. (2009) concluíram que pessoas que não trabalhavam, mais pobres ou sem qualificações educacionais eram mais propensas a evitar apanhar transportes públicos ou esquivar-se de multidões (109). Em sentido contrário, Barr et al. (2009), através de um estudo transversal que analisou os níveis de conformidade da população com a quarentena na Austrália, concluíram que pessoas com maiores níveis de educação tendiam a reportar maior adesão a essa medida profilática (110). Segundo a análise de Bish e Michie (2010), as pessoas com maior nível educacional tendem a assumir um comportamento protetor e de evicção, embora alguns resultados sejam inconclusivos (83).

Já viver acompanhado aparenta ser um fator que pode aumentar a adesão ao confinamento (OR: 0,756 IC: [0,704;0,813]), embora não exista evidência de que viver com idosos ou pessoas com doença crónica esteja associado à adesão ao confinamento. As conclusões vão ao encontro da análise de Atchison et al. (2020), com base numa amostra do Reino Unido, que concluiu que viver sozinho estava relacionado com uma menor chance de adotar medidas de distanciamento social para prevenir a infeção por SARS-CoV-2 (70). Também em Hong Kong, Lau et. al (2007) descobriram que indivíduos casados eram mais propensos a relatar a adesão ao isolamento profilático durante o surto de gripe aviária (111). Em Israel, Pollak et al. (2020) concluíram que não ter filhos pode aumentar o risco de não aderir ao distanciamento físico (71). Smith et al. (2020) vão mais longe e sugerem no Reino Unido usar redes de voluntários para apoiar pessoas isoladas e assim promover a adesão a medidas preventivas ao concluírem que a conformidade com as mesmas estava associada à existência de uma rede de apoio fora do contexto domiciliar (73). Tal observação vai ao encontro do presente estudo, cuja análise demonstra que não ter apoio em caso de

infecção está relacionado com uma menor adesão ao confinamento (OR: 1,387 IC: [1,144;1,683]), embora esse resultado não se tenha observado na análise de sensibilidade, nem na regressão única, o que o torna mais frágil face à análise global. Já morar com alguém que faz parte de um grupo profissional em maior risco de desenvolver infecção parece aumentar a propensão para a não adesão à medida (OR: 1,334 IC: [1,245;1,430]), o que pode ser explicado pela já existente exposição ao risco e que vai ao encontro do fenómeno do fatalismo (98) (99) (100).

O nível de adesão ao confinamento aumenta na mesma medida em que se observa um crescimento no escalão de rendimentos do agregado familiar. Assim, quanto menor o rendimento, maior é a hipótese de não aderir ao confinamento, o que está em linha com outros estudos. Nos Estados Unidos, Papageorge et al. (2020) concluíram que indivíduos com rendimentos mais altos são mais propensos a aderir a comportamentos preventivos (63). Já no Reino Unido, Atchison et al. (2020) frisaram que os mais desfavorecidos economicamente são os menos capazes de cumprirem as recomendações das autoridades de saúde, provavelmente devido à sua situação financeira. No estudo, os autores destacam que indivíduos de famílias com um rendimento anual inferior a 20 mil libras (cerca de 21.600 euros) têm três vezes menos hipóteses de aderir ao confinamento em comparação com aqueles cujo rendimento chegava às 50 mil libras (cerca de 54 mil euros), embora ao analisar-se a vontade de aderir ao isolamento voluntário não se encontrassem diferenças significativas entre ambos os grupos (70). Em Israel, foram avaliadas as taxas de conformidade do público com a auto-quarentena com base na compensação das perdas salariais. Quando a compensação era assumida, a taxa de conformidade era de 94%. Quando a compensação era removida, a taxa de conformidade caía para menos de 57%, o que demonstrou que fornecer às pessoas garantias sobre os seus meios de subsistência durante o confinamento é uma componente importante do cumprimento das regulamentações de saúde pública (112). Seguindo a mesma lógica, Williams et al. (2020) salientam que a garantia de que existem reservas suficientes de comida, alimentos e bens essenciais para enfrentar a quarentena é fundamental para fomentar a adesão dos indivíduos ao confinamento voluntário (32). Neste contexto, Soofi et al. (2020) sugerem que aumentar o benefício atual de adesão ao distanciamento social, como oferecer pequenos pagamentos, fornecer acesso gratuito a internet em casa, suspender temporariamente os reembolsos ao estado e prover pacotes de benefícios para os grupos mais vulneráveis pode ser útil para encorajar as pessoas a aderir aos comportamentos preventivos da COVID-19 (76). Intervenções que envolvem recompensas de baixo custo têm sido usadas com eficácia para aumentar a adesão à

medicação antirretroviral (113) ou cessação tabágica (114), citam os autores. De facto, a literatura descreve que o confinamento pode ter efeitos na saúde mental, na qualidade da educação, nos meios de subsistência das famílias e na macroeconomia global (23) (115) (116). Esses custos são acarretados de forma desproporcional por populações já de si desfavorecidas, agravando as desigualdades entre as populações vulneráveis (29), com as consequências económicas da pandemia a serem particularmente nocivas para as populações com rendimentos mais baixos (84).

A presente análise sugere também que ter uma má perceção de saúde está positivamente associada à não adesão ao confinamento, o que pode ir ao encontro do estudo de Papageorge et al. (2020) que mostra que ter uma condição médica prévia não aumenta a adoção de comportamentos preventivos (63), ou de Rooij et al. (2020), que conclui que ter um problema de saúde prévio não é um fator significativo na autoproteção (29). No entanto, ter um ou mais problemas de risco surge como um fator com resultado frágil neste estudo, e que deve ser analisado com cautela, já que embora pareça não estar associado à adoção do comportamento preventivo segundo o modelo do estudo, na análise de sensibilidade obtém-se uma visão diferente, com a existência de patologia prévia a aumentar a chance de adesão ao confinamento. Por outro lado, ter algum nível de ansiedade parece conferir um maior risco de obedecer ao confinamento. Também no contexto da pandemia associada ao vírus SARS-CoV-2, Pollak et al. (2020) salientam que pessoas sem traços de ansiedade na sua personalidade podem ter uma menor adesão ao distanciamento social (71). Zettler et al. (2020) frisam que personalidades marcadas pela emocionalidade, com quadros de ansiedade ou medo estão associadas a uma maior aceitação das restrições impostas pelo governo (82), o que vai ao encontro do resultado deste trabalho que mostra que ter algum nível de ansiedade pode aumentar a chance de adesão ao confinamento (OR: 0,884 IC: [0,822;0,950]). Tal pode estar relacionado com o desconhecimento em relação ao futuro. O medo é uma das reações biológicas mais comuns em situação de pandemia (117) e, neste contexto, uma meta-análise descobriu que a exploração do receio de ser infetado pode ser útil em determinadas situações, sobretudo quando aliada a mensagens eficazes e à transmissão de missão e capacidade à audiência (84). Outro estudo demonstrou que o medo está positivamente correlacionado com a intenção de adotar comportamentos preventivos (118), enquanto a análise de Harper et al. (2020) conclui mesmo que o medo é o único fator preditor da adesão a comportamentos preventivos (119). No entanto, induzir o medo de forma excessiva pode ser contraproducente em motivar as pessoas na adoção de comportamentos preventivos, isto porque pode traduzir-se em respostas de enfrentamento focadas na emoção

destinadas a mitigar o medo, em detrimento da adoção de comportamentos para controlar o risco de exposição à infeção (120). Por outro lado, Blagov (2020) destaca que níveis altos de personalidade sombria – com características como a maldade, psicopatia e desinibição – predispõem para uma menor adesão a comportamentos promotores de saúde (121). Uma análise realizada nos Estados Unidos que se debruçou sobre o estudo da conformidade concluiu que esta dependia das motivações intrínsecas das pessoas, mas também da sua capacidade em obedecer às normas, da oportunidade para quebrá-las e do autocontrolo, características que pendiam das habilidades individuais e do contexto de vida de cada um (122).

No presente estudo, quando se observa a perceção do risco de vir a ficar infetado com COVID-19, conclui-se que quem considera ter risco moderado ou elevado tem maior chance de não aderir à medida. Tal pode estar relacionado com o efeito de fatalismo (98) (99) (100), com o indivíduo a sair de casa para deslocações não essenciais por considerar que inevitavelmente será contaminado. Também pode estar relacionado com o emprego, isto é, pessoas que tem de sair de casa para trabalhar ou vivem com pessoas que tem comportamentos de maior risco poderão ter noção que têm um risco mais elevado. Por outro lado, a não adesão ao confinamento por indivíduos com perceção de risco elevada pode ainda estar relacionada com a desvalorização da medida e menosprezo pelas consequências da transmissão da infeção. A revisão de Bish e Michie (2010) mostra que vários estudos fornecem evidências de que as perceções de risco relacionadas com a saúde e a confiança nas autoridades podem influenciar a conformidade com as recomendações das autoridades públicas durante uma pandemia (83). A Teoria Motivacional da Proteção citada por Siegrist et al. (2003) sugere que um nível alto de perceção de risco pode influenciar a intenção de adotar uma atitude preventiva, por estar associada à ideia de vulnerabilidade face à ameaça de doença severa (123). Smith et al. (2020) também frisam que a adesão ao autoisolamento está associada a um aumento da preocupação com a COVID-19 e a maior probabilidade percecionada de risco de infeção (73). Pollak et al. (2020) destacam que a não adesão às instruções do Ministério da Saúde de Israel está associada a fatores como a baixa perceção de risco (71). Na Turquia, Alper et al. (2020) encontraram uma associação positiva entre comportamentos preventivos e perceção de risco (88) e Wise et al. (2020) concluíram que sentir-se em risco de desenvolver infeção está fortemente ligado à propensão para aderir à lavagem das mãos e ao distanciamento físico, mais do que à probabilidade de transmitir a infeção ou a gravidade de uma infeção potencialmente transmitida (124). Por outro lado, Lunn et al. (2020) referem que a ideia de poder infetar pessoas vulneráveis ou um grande número de indivíduos pode motivar

a adoção de comportamentos complacentes com o distanciamento físico (13). A conclusão vai ao encontro dos resultados deste trabalho, já que considerar que existe risco moderado ou elevado para a saúde da população está associado à adesão ao confinamento. Não obstante, Jenni et al. (1997) referem que as pessoas tendem mais a fazer sacrifícios para ajudar vítimas específicas e identificadas, em detrimento de grupos de risco mencionados nas análises estatísticas (125), um efeito descrito na literatura como o Efeito Vítima que permanece mesmo quando se mantém o anonimato da mesma. Tal pode ser explicado porque o simples facto de pensar num indivíduo específico induz sentimentos de empatia (126) (90). Já uma experiência recente levada a cabo por Pfattheicher et al. (2020) confirma que destacar pessoas vulneráveis nas mensagens pode encorajar, de facto, o distanciamento físico e adoção de outras medidas preventivas como o uso de máscara de proteção individual (90). Li et al. (2020) salientam que combinar a exploração do medo em relação à doença com mensagens relacionadas com o papel individual de cada indivíduo numa pandemia pode encorajar a adoção de comportamentos preventivos (117).

Ter confiança no Governo pode aumentar em até 20% a chance de aderir ao confinamento (OR: 0,808 IC: [0,708;0,922]), o que está em linha com outras investigações. No Reino Unido, Rubin et al. (2009) mostraram que pessoas com maior confiança no Governo no que toca à gestão do surto de influenza H1N1 eram mais propensas a alterar o comportamento e seguir recomendações como lavar as mãos com mais frequência, não visitar um amigo ou autoisolar-se uma vez diagnosticado com o vírus (109). Já Clark et al. (2020), a partir de uma amostra de 8.317 pessoas de vários países, concluem que uma maior confiança no governo e uma maior convicção de que tomar precauções de saúde é eficaz no combate à COVID-19 estão associadas à conformidade com as regras de prevenção (78). Han et al. (2020) concluem que governos percebidos como bem organizados, justos e claros na mensagem estão positivamente associados à confiança no governo, característica descrita pelos autores como fundamental na gestão da pandemia (127). Já Al-Hasan et al. (2020) concluem, com base numa amostra com dados dos Estados Unidos, Coreia do Sul e Kuwait, que a perceção dos esforços do Governo no combate à pandemia contribuem largamente para a adesão à quarentena e distanciamento social. Nesse sentido, escrevem os autores, o governo desempenha um papel central na adesão da população às restrições, com a intensidade de informação sobre saúde veiculada a estar positivamente relacionada com a adoção de atitudes de autoproteção (128). Segundo o Modelo de Confiança e Cooperação, a confiança é um fator importante na gestão do risco, uma vez que afeta o julgamento do público na hora de avaliar os malefícios e

benefícios de uma medida. Esse modelo sugere que pessoas com altos níveis de confiança nas instituições têm mais hipóteses de aceitar as recomendações do que aqueles que têm baixos níveis de confiança (123). A falta de confiança nas capacidades do Governo em gerir uma crise de saúde pública pode alimentar a incerteza e fomentar o ceticismo acerca dessas recomendações, sendo que a incerteza gerada por mensagens conflitantes pode afetar esse nível de credibilidade (129) (130). Para Webster et al. (2020), a comunicação de risco pelas autoridades públicas deve focar-se na construção e manutenção de confiança, fornecendo informações sobre como prevenir a infeção em estreita colaboração com serviços de saúde locais, prestadores de saúde e órgãos de comunicação (84). Nesse sentido, fornecer informação clara e racional sobre a duração da quarentena pode estimular a adesão às medidas de mitigação, tal como encorajar comportamentos altruístas, colocando a tónica no benefício das atitudes preventivas para o bem público (84). Aos órgãos com responsabilidade pública cabe a função de fornecer informações sobre o risco e a eficácia das medidas preventivas para aumentar a confiança e relação com as populações (33). Também no que toca à adoção de atitudes preventivas, Gadarian et al. (2020) descobriram nos Estados Unidos que as diferenças relativas às preferências políticas são o único fator consistente que determina a adoção comportamentos promotores da saúde, sugerindo, por isso, que as mensagens de saúde pública transcendam deliberadamente as clivagens políticas para produzir um comportamento de saúde pró-social amplamente partilhado (131). Na mesma ordem de pensamento, Brouard et al. (2020) concluem que o extremismo ideológico está positivamente associado a uma menor adesão às recomendações de saúde pública. Ao mesmo tempo, dizem estes autores que conduziram o estudo com dados de França, a conformidade aumenta à medida que se move da extremidade esquerda para a direita da escala de ideologia política (77). Em sentido contrário, Harper et al. (2020) salientam que a orientação política não parece relacionada com o cumprimento das recomendações públicas no Reino Unido, sugerindo mesmo que a pandemia tem o potencial de unir pessoas de posições políticas opostas num senso de humanidade comum (132). A literatura mostra também que as populações de regimes democráticos consideram mais aceitável a introdução de restrições balizadas no tempo, com datas precisas de início e término, sendo que a extensão desses períodos - depois de criada a expectativa de que seriam limitados no tempo - pode aumentar o stress auto reportado (22), reduzir a aceitação pública, bem como a confiança na autoridade e, por fim, reduzir a conformidade com as regras (69).

Comportamentos de não conformidade podem ser explicados por grandes incertezas acerca da transmissão do agente infeccioso e pela reprodução de informação dúbia sobre a eficácia das diferentes recomendações (70). Também a inconsistência na adoção de medidas – como recuos ou contradições – pode impactar na confiança nas autoridades e, em última instância, na conformidade com as recomendações públicas (133). Por outro lado, agentes stressores - como o medo de contrair a infeção, a suspensão temporária do trabalho, a adoção de novas rotinas diárias e a falta de acesso a informações e recursos confiáveis - em quarentenas geograficamente limitadas podem contribuir para a não adesão a comportamentos de auto proteção (31) (63). Vários estudos sobre o comportamento humano defendem que as crenças e convicções estão associadas à adoção de medidas preventivas, levando o ser humano a avaliar os custos e os benefícios do seu cumprimento (63) (71) (78). Crenças relacionadas com a eficácia do distanciamento social bem como os benefícios percebidos - estar mais tempo com o agregado familiar ou fazer mais atividades de lazer dentro de casa, por exemplo - também estão relacionados com a adoção de comportamentos de prevenção (90) (63) (71), embora a pesquisa sobre distanciamento e isolamento social destaque uma série de desafios para os formuladores de políticas públicas, como a confiança no governo, as preocupações com o risco da perda de rendimentos das famílias (78) e a baixa adesão à quarentena voluntária (63). Por outro lado, opinião pública em relação ao distanciamento físico é ambivalente devido ao seu impacto social e económico, mas também pela possibilidade de aumentar o estigma (21), sobretudo no que diz respeito aos indivíduos intimados a cumprirem períodos de isolamento por estarem infetados (32). Villela et al. (2020) confirmam que a crença de que tomar precauções de saúde é eficaz no combate à COVID-19 surge como um preditor importante do comportamento de autoproteção e da adesão voluntária a recomendações governamentais (80). Assim, informar as pessoas sobre a eficácia das medidas de distanciamento pode aumentar o cumprimento voluntário das recomendações governamentais, embora alertar os indivíduos sobre a sua própria vulnerabilidade face à COVID-19 ou fornecer detalhes sobre os riscos de contrair a doença pode não contribuir para esse objetivo (63) (80).

5.2 Comunicar e combater a desinformação

Durante um surto pandémico, o governo, as autoridades de saúde pública e órgãos de comunicação social tem a função de informar as populações sobre a sua vulnerabilidade face ao vírus, bem como a probabilidade de contraírem doença (129). A difusão dessas informações por diferentes vias pode impactar no conhecimento público sobre o risco

percebido, influenciando a decisão dos indivíduos na adoção de medidas de proteção (33) (130) (134).

Este trabalho mostra que a importância e adequação percebida das medidas de mitigação do vírus são fatores que podem contribuir para a possibilidade de aderir ao confinamento, o que leva a concluir que a aposta na comunicação destas medidas, nomeadamente na sua efetividade, poderá abrir caminho para uma maior adesão. O estudo sobre motivação do comportamento preventivo de Lunn et al. conclui que as campanhas de comunicação em contexto de saúde pública devem não apenas informar as pessoas sobre o comportamento recomendado, mas também enfatizar o impacto nos grupos vulneráveis da não conformidade expectável, assim como o número potencial de infeções que podem advir de atitudes não preventivas (13). No entanto, mobilizar uma resposta pública eficaz no combate a uma pandemia requer comunicação clara e confiança (33), até porque em sociedades democráticas não é expectável que se aplique de forma coerciva medidas de mitigação como o distanciamento social. Como tal, o público deve entender o que lhe é exigido e deve ser persuadido acerca da sua importância. Nesse sentido, os meios de comunicação podem ter impacto nas atitudes da população, bem como na adoção de um comportamento preventivo (33) (63). Em situações pandémicas não é diferente, sendo que os órgãos noticiosos podem ser um importante veículo difusor de informação credível, mas também um agente stressor (135) (136).

Bults et al. (2011) consideram fundamental transmitir credibilidade na difusão da mensagem pública. Informações ambíguas ou inadequadas em relação à duração do distanciamento, por exemplo, bem como o medo associado a esta medida, são fatores que contribuem para a não adesão (137). Park et al. (2020) salientam que alguns subgrupos populacionais, sobretudo as minorias e os mais desfavorecidos, tendem a aderir menos às medidas de mitigação em Saúde Pública, mas podem beneficiar de campanhas de informação direcionadas, adaptadas ao público-alvo e baseadas em informação validada. O recurso a fontes percebidas como confiáveis e verosímeis aumenta a persuasão, sendo que a credibilidade deriva do quão confiáveis e especializadas são consideradas (22). Encontrar personalidades capazes de transmitir mensagens de saúde pública adaptadas a cada população também pode aumentar a eficácia da mensagem, favorecendo a proximidade e o reconhecimento, o que aumenta o fator de impacto junto das populações. Durante o surto do vírus ébola da África Ocidental, recrutaram-se líderes religiosos de vários credos para advogar práticas preventivas como a correta higiene das mãos ou a realização de funerais seguros (32) (118) (138). Figuras públicas, líderes comunitários e personalidades de relevo para as

populações têm uma influência poderosa nas percepções do público sobre a eficácia dos comportamentos preventivos, já que muitos indivíduos não conseguem avaliar a adequação e importância das medidas preventivas. Por outro lado, as opiniões sobre a eficácia do distanciamento social, sobre as normas sociais e sobre a ameaça representada pela doença podem ser diferentes entre bairros, cidades e países, o que implica a escolha de figuras-chave nas comunidades para difundir a mensagem de saúde pública (139).

Em contextos de pandemia, as autoridades de saúde precisam de comunicar os diferentes cenários à população, para atenuar as situações de incerteza e favorecer a confiança da população nas autoridades. Para isso, a estratégia de comunicação pode apresentar os vários cenários hipotéticos, positivos e negativos, não se ficando somente pelas certezas da evidência científica, mas comunicando também as incertezas (118). Outros autores frisam que o governo deve manter a confiança pública, fornecendo ao público informações completas sobre a pandemia durante todo o seu curso, mesmo quando o conhecimento é limitado, garantindo o claro entendimento público da situação (22) (33). Uma vez que as percepções da eficácia dos comportamentos preventivos podem ser prejudicadas por informações incorretas ou conflitantes de fontes oficiais, é crucial que os líderes políticos e as autoridades de saúde, ao nível nacional e comunitário, transmitam mensagens precisas, consistentes e alinhadas (139).

O surgimento de uma pandemia na era da informação provocou uma verdadeira infodemia (140), com um acervo de informação excessivo que circula velozmente, mas por vezes incorreto e produzido por fontes não verificadas e pouco fiáveis. A COVID-19 tem sido palco fértil para a proliferação de desinformação, em particular no que toca à disseminação das chamadas fake news – ou notícias falsificadas – que surgiram logo após ter sido tornado público um novo foco viral na China (141). A ciência mostra que o ser humano tende a procurar explicações para o que desconhece, sendo mais suscetível de credenciar teorias da conspiração em períodos de incerteza (119) (141). No entanto, Alper et al. (2020) não encontraram associação entre acreditar em teorias da conspiração e o nível de precauções tomadas para evitar o risco de contrair infeção pelo vírus SARS-CoV-2 (88). Não obstante, a desinformação pode ter consequências nefastas, tendo já sido relacionada com o movimento anti-vacinação ou a adoção de comportamentos extremistas (138). Apesar do aumento das plataformas de *fact-checking* – verificação de factos - a literatura científica mostra que a informação falsa circula mais rápido nas plataformas sociais do que a informação verdadeira (118) (142). Ainda assim, campanhas mediáticas podem produzir direta ou indiretamente efeitos

benéficos no campo da saúde, incentivando mudanças positivas no comportamento ou prevenindo comportamentos nocivos (91).

5.3 Limitações e vantagens

Este estudo tem várias limitações. A amostra não é representativa da realidade da população portuguesa, uma vez que há mais mulheres do que homens a responder ao questionário; um grande número de participantes possui ensino superior, o que não corresponde à realidade nacional (143); parte significativa da amostra pertence à região de Lisboa e Vale do Tejo; grande parte dos respondentes (43,6% - **Tabela 3**) desenvolviam a sua profissão em regime de teletrabalho, o que não é representativo da realidade nacional (31,1%) (144).

Os resultados dizem respeito a um questionário aplicado online, pelo que existe a possibilidade de não alcançar todas as frações da população (viés de seleção). É provável que o mesmo não tenha chegado a populações mais vulneráveis, como os sem-abrigo, reclusos e indivíduos institucionalizados. Cerca de 19% dos agregados familiares em Portugal não têm internet em casa (144). Por outro lado, sendo um questionário reportado pelo participante, os dados traduzem a perceção individual de cada respondente (viés de informação). Algumas pessoas podem ter respondido o que acham que era mais adequado responder e não a verdade (response bias). Por outro lado, é provável que a amostra inclua mais respondentes que sejam sensíveis aos temas de saúde, em detrimento de pessoas menos preocupadas ou simpatizantes de teorias negacionistas em relação à pandemia (nonresponse bias).

Outra limitação deste trabalho prende-se com a variável dependente, “Sair de casa somente em casos fundamentais” que, sendo de entendimento subjetivo, poderá ter sido alvo de diferentes interpretações pelos inquiridos, pelo que não é possível aferir com exatidão se as pessoas aderiram ou não ao confinamento. Por outro lado, os inquiridos poderão ter respondido o que achavam correto reportar e não a realidade (response/desirability bias).

Embora seja extremamente útil fazer o levantamento dos fatores que contribuem para conformidade da população em relação às medidas de prevenção, uma vez que podem ajudar a desenhar futuras políticas de intervenção, as intenções do ser humano mudam ao longo do curso dos tempos, sobretudo em contextos de epidemia. Desta forma, os resultados deste trabalho são representativos apenas para a amostra selecionada no período de análise. Um estudo longitudinal poderá ser útil para aferir eventuais mudanças nos padrões de comportamento da população, uma vez que os fatores

associados à não adesão ao confinamento identificados neste trabalho poderão não se verificar ou ter diferente intensidade numa segunda fase de confinamento.

Deste modo, os resultados refletem as respostas dos participantes, não devendo ser generalizados à população portuguesa.

Em relação a vantagens, sendo extensa, a amostra permite compreender melhor o fenómeno na população em estudo.

Por outro lado, a disseminação de um questionário online é uma forma rápida e barata de chegar à população, um fator importante em contexto de pandemia.

Outra vantagem prende-se com a variedades das temáticas analisadas no trabalho, com o modelo do estudo a debruçar-se sobre questões de ordem sociodemográfica, clínica e laboral, mas também relacionadas com a perceção de risco, confiança nas autoridades e opinião.

Apesar de não ser representativo, o estudo fornece informação que pode ser útil para melhor compreender a população em estudo, com o nível de confiança no governo, o modo como se desempenha o trabalho e a perceção de risco a serem fatores importantes na adesão ao confinamento. Tal poderá ajudar a adaptar a comunicação de saúde pública a diferentes subgrupos demográficos com vista a uma maior conformidade da população face às medidas de mitigação.

6. Conclusões

Apesar da maioria da população em estudo ter aderido à primeira fase de confinamento geral em Portugal durante o período em análise, em colaboração com as recomendações do governo e das autoridades de saúde, uma parte importante da população admite não anuir ao cumprimento dessa medida preventiva.

A identificação dos fatores associados à não adesão ao confinamento permite ter um conhecimento mais aprofundado sobre a população em estudo. Algumas diferenças observadas em fatores de ordem laboral, como no caso dos rendimentos, sugerem que algumas desigualdades sociais podem estar relacionadas com a não adesão ao confinamento, abrindo espaço para discussão de políticas que atenuem essas diferenças a longo prazo.

Segundo este trabalho, continuar no local de trabalho, ter perceção de risco de ficar infetado elevada, ter má perceção do seu estado de saúde, não ter confiança no governo e considerar as medidas de mitigação pouco importantes ou pouco adequadas são características que estão associadas à não adesão ao confinamento.

No contexto atual, assiste-se a um recrudesimento da pandemia, com o surgimento de uma segunda onda da COVID-19. Portugal voltou a entrar em estado de emergência, com a introdução de confinamentos localizados. Embora os fatores associados à não adesão ao confinamento na primeira fase do estado de emergência em março, em Portugal, possam não se verificar nesta fase epidémica, as conclusões deste estudo fornecem informações que podem ser úteis para conhecer grupos em maior risco de não conformidade.

Para potenciar a adesão às medidas de prevenção, as autoridades governamentais e de saúde podem concentrar-se em estratégias que promovam o teletrabalho e programas que apoiem a perda de rendimento, por exemplo.

Por outro lado, aplicar uma comunicação direcionada para as populações em maior risco identificadas nos vários fatores pode ser uma forma de estimular a população em estudo na adesão à resposta pública conjunta. As campanhas de comunicação devem assentar em informações que combatam o efeito do fatalismo, de maneira a que populações expostas ao risco não aumentem esse grau de exposição pela simples perceção de estarem em risco de contaminação pelo vírus SARS-CoV-2. A comunicação deve ainda veicular a incerteza perante o vírus, mas centrar-se na importância das medidas de mitigação e no papel de cada indivíduo em prol do bem-estar geral. A divulgação dos

resultados das medidas de prevenção impostas pode também fomentar a percepção pública da adequação das medidas.

A identificação dos fatores associados à não adesão ao confinamento pode contribuir para uma melhor reflexão, promover a comunicação de risco e, conseqüentemente, fomentar a conformidade da população com os programas preventivos.

No entanto, são necessários mais estudos que se debrucem sobre a adesão à prevenção ao longo da pandemia para poder conhecer melhor o comportamento da população em estudo, os grupos em maior risco de não adesão, e com isso direcionar a comunicação e ação das autoridades públicas.

Um artigo sobre as lições da pandemia de gripe espanhola, publicado há mais de um século na revista *Science*, resume três ideias-chave sobre o que impede a adoção de medidas de prevenção: as pessoas não reconhecem os riscos que correm; é contra a natureza humana aderir a uma quarentena para proteger terceiros; as pessoas agem inconscientemente com frequência, o que representa um perigo para si e para a comunidade (145). Apesar de distante no tempo histórico, a conclusão deste estudo não poderia ser mais atual. Uma comunicação eficaz, diferenciada e ajustada às populações em maior risco poderá eventualmente incidir nestes pontos para aumentar a adesão à prevenção em contexto de pandemia.

7. Referências bibliográficas

1. Ministério da Administração Interna. Estrutura de monitorização do Estado de Emergência: relatório sobre a aplicação da declaração do Estado de Emergência: 19 de março de 2020 a 2 de abril de 2020. 2020;
2. Organização Mundial da Saúde. Rolling updates on coronavirus disease (COVID-19) [Internet]. 2020 [citado 9 de Junho de 2020]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>
3. Holshue ML, DeBolt C, Lindquist S, Lofy KH, Wiesman J, Bruce H, Spitters C, Ericson K, Wilkerson S, Tural A, Diaz G, Cohn A, Fox L, Patel A, Gerber SI, Kim L, Tong S, Lu X, Lindstrom S, Pallansch MA, Weldon WC, Biggs HM, Uyeki TM, PSWS 2019-nCoV CIT. First case of 2019 novel coronavirus in the United States. *New England Journal of Medicine*. 2020;382(10):929–36.
4. Petersen E, Koopmans M, Go U, Hamer DH, Petrosillo N, Castelli F, et al. Comparing SARS-CoV-2 with SARS-CoV and influenza pandemics. *The Lancet Infectious Diseases* [Internet]. 2020;20(9):e238–44. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30484-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30484-9)
5. Ministério da Saúde. Como se transmite? [Internet]. 2020. Disponível em: <https://covid19.min-saude.pt/como-se-transmite-2/>
6. Wilson N, Corbett S, Tovey E. Airborne transmission of covid-19 [Internet]. Vol. 370, *The British Medical Journal*. 2020. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/bmj/370/bmj.m3206.full.pdf>
7. Hongzhou Lu, Jingwen Ai, Yinzong Shen, Yang Li, Tao Li, Xian Zhou, Haocheng Zhang, Qiran Zhang, Yun Ling, Sheng Wang, Hongping Qu, Yuan Gao, Yingchuan Li, Kanglong Yu, Duming Zhu, Hecheng Zhu, Rui Tian, Mei Zeng, Qiang Li, Yuanlin Song, Xiangyang Li, Jin WZ. A descriptive study of the impact of diseases control and prevention on the epidemics dynamics and clinical features of SARS-CoV-2 outbreak in Shanghai, lessons learned for metropolis epidemics prevention. *medRxiv* [Internet]. 2020; Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.02.19.20025031v1>
8. Cacciapaglia G, Cot C, Sannino F. Second wave COVID-19 pandemics in Europe: a temporal playbook. *Scientific Reports* [Internet]. 2020;10(1):1–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-72611-5>

9. Direção-Geral da Saúde. Relatório de Situação de 19 de novembro de 2020 [Internet]. Lisboa; 2020. Disponível em: https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/11/262_DGS_boletim_20201119.pdf
10. Caetano C, Antunes L, Silva S, Machado A, Rodrigues A, Epidemiologia D, et al. Evolução do número de casos de COVID-19 em Portugal: relatório de nowcasting [Internet]. Lisboa; 2020. Disponível em: http://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/11/Report_covid19_13_11_2020.pdf
11. Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC). Situation update 14 October 2020 [Internet]. 2020. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-pandemic>
12. Brauner JM, Mindermann S, Sharma M, Stephenson AB, Gavenčiak T, Johnston D, et al. The effectiveness of eight nonpharmaceutical interventions against COVID-19 in 41 countries. medRxiv [Internet]. 2020;2020.05.28.20116129. Disponível em: <http://medrxiv.org/content/early/2020/07/23/2020.05.28.20116129.abstract>
13. Lunn P, Timmons S, Barjaková M, Belton C, Julianne H, Lavin C. Motivating social distancing during the Covid-19 pandemic: An online experiment. 2020;(658).
14. Ferguson NM, Laydon D, Nedjati-Gilani G, Imai N, Ainslie K, Baguelin M, et al. Report 13: Estimating the number of infections and the impact of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 in 11 European countries. Imperial College COVID-19 Response Team [Internet]. 2020;(March). Disponível em: <https://doi.org/10.25561/77482>.
15. Cowling BJ, Ali ST, Ng TWY, Tsang TK, Li JCM, Fong MW, et al. Impact assessment of non-pharmaceutical interventions against coronavirus disease 2019 and influenza in Hong Kong: an observational study. The Lancet Public Health [Internet]. 2020;5(5):e279–88. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30090-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30090-6)
16. Walker PG, Whittaker C, Watson O, Baguelin M, Ainslie KEC, Bhatia S, et al. The Global Impact of COVID-19 and Strategies for Mitigation and Suppression. Imperial College COVID-19 Response Team [Internet]. 2020;March(June):19. Disponível em: doi.org/10.25561/77735
17. Cindy Cheng, Joan Barceló, Allison Spencer Hartnett, Robert Kubinec LM. COVID-19 Government Response Event Dataset (CoronaNet v.1.0). Nature

- Human Behaviour [Internet]. 2020;4(7):756–68. Disponível em:
<https://www.nature.com/articles/s41562-020-0909-7>
18. Assembleia da República. Resolução da Assembleia da Republica n.º 15-A/2020. Diário da República nº 55/2020, 3º Suplemento, Série I de 2020-03-18 [Internet]. 2020;(15-A/2020):5–7. Disponível em:
<https://data.dre.pt/eli/resolassrep/15-A/2020/03/18/p/dre>
 19. Organização Mundial da Saúde. Timeline of WHO’s response to COVID-19 [Internet]. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/detail/29-06-2020-covidtimeline>
 20. Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças. Utilização de máscaras faciais na comunidade [Internet]. Estocolmo; 2020. Disponível em:
<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/using-face-masks-community-reducing-covid-19-transmission>
 21. Tarissa Mitchell, Deborah L. Dee, Christina R. Phares, Harvey B. Lipman, L. Hannah Gould, Preeta Kutty, Mitesh Desai, Alice Guh, A. Danielle Iuliano, Paul Silverman, Joseph Siebold, Gregory L. Armstrong, David L. Swerdlow, Mehran S. Massoudi DBF. Non-Pharmaceutical Interventions during an Outbreak of 2009 Pandemic Influenza A (H1N1) Virus Infection at a Large Public University, April–May 2009. *Clinical Infectious Diseases* [Internet]. 2011;52(1):138–145. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/cid/ciq056%0A>
 22. Park, Crystal L; Russell, Beth S; Fendrich, Michael; Finkelstein-Fox, Lucy; Hutchison, Morica; Becker J. Americans’ COVID-19 Stress, Coping, and Adherence to CDC Guidelines. *Journal of General Internal Medicine* [Internet]. 2020;35(8):2296–2303. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7259430/>
 23. Fiorillo, Andrea; Gorwood P. The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry* [Internet]. 2020;63(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.35>
 24. Giallonardo V, Sampogna G, Del Vecchio V, Luciano M, Albert U, Carmassi C, et al. The impact of quarantine and physical distancing following covid-19 on mental health: Study protocol of a multicentric italian population trial. *Frontiers in Psychiatry*. 2020;11(June):1–10.
 25. Mækelæ MJ, Reggev N, Dutra N, Tamayo RM, Silva-Sobrinho RA, Klevjer K, et al. Perceived efficacy of COVID-19 restrictions, reactions and their impact on

- mental health during the early phase of the outbreak in six countries. Royal Society Open Science [Internet]. 2020;7(8):200644. Disponible em: <https://doi.org/10.1098/rsos.200644>
26. Bahmanyar A, Estebarsari A, Ernst D. The impact of different COVID-19 containment measures on electricity consumption in Europe. Journal of Energy Research and Social Science [Internet]. 2020;68. Disponible em: <https://doi.org/10.1016/j.erss.2020.101683>
 27. Fana, M., Tolan, S., Torrejón, S., Urzi Brancati C, Fernández-Macías E. The impact of COVID confinement measures on EU labour market [Internet]. Luxemburgo; 2020. Disponible em: <http://dx.doi.org/10.2760/079230>
 28. Born B, Dietrich AM, Müller GJ. The lockdown effect : A counterfactual for Sweden. 2020;(July):1–31. Disponible em: https://cepr.org/active/publications/discussion_papers/dp.php?dpno=14744
 29. Rooij B Van, Bruijn AL De, Folmer CR, Kuiper ME, Brownlee M, Olthuis E, et al. Compliance with COVID-19 Mitigation Measures in the United States. PsyArXiv [Internet]. 2020;1–40. Disponible em: <https://doi.org/10.31234/osf.io/qymu3>
 30. Wong CKH, Wong JYH, Tang EHM, Au CH, Lau KTK, Wai AKC. Impact of national containment measures on decelerating the increase in daily new cases of COVID-19 in 54 countries and 4 epicenters of the pandemic: Comparative observational study. Journal of Medical Internet Research [Internet]. 2020;22(7). Disponible em: <https://dx.doi.org/10.2196%2F19904>
 31. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. The Lancet [Internet]. 2020;395(10227):912–20. Disponible em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
 32. Williams SN, Armitage CJ, Tampe T, Dienes K. Public perceptions and experiences of social distancing and social isolation during the COVID-19 pandemic: a UK-based focus group study. BMJ Open [Internet]. 2020;10(e039334). Disponible em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-039334>
 33. Van Der Weerd W, Timmermans DRM, Beaujean DJMA, Oudhoff J, Van Steenberghe JE. Monitoring the level of government trust, risk perception and intention of the general public to adopt protective measures during the influenza A (H1N1) pandemic in the Netherlands. BMC Public Health [Internet].

- 2011;11(575). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-575%0A%0A>
34. Sehdev PS. The origin of quarantine. *Clinical Infectious Diseases* [Internet]. 2002;35(9):1071–1072. Disponível em: <https://doi.org/10.1086/344062>
 35. Ropio NM. Portugueses de Wuhan de quarentena em dois hospitais de Lisboa. *Jornal de Notícias* [Internet]. 2020; Disponível em: <https://www.jn.pt/nacional/aviao-com-portugueses-vindos-de-wuhan-ja-aterrou-em-franca-11777063.html>
 36. Stacey Knobler, Adel Mahmoud, Stanley Lemon, Alison Mack, Laura Sivitz KO. Learning from SARS: Preparing for the Next Disease Outbreak [Internet]. *Building on Knowledge*. 2004. 119–127 p. Disponível em: <https://doi.org/10.17226/10915>
 37. Ries NM. Quarantine and the Law: The 2003 SARS Experience in Canada (A New Disease Calls on Old Public Health Tools). *Alberta Law Review* [Internet]. 1969;4(2). Disponível em: <https://doi.org/10.29173/alr1268>
 38. Tolbert Nyenswah, David J Blackley, Tabeh Freeman, Kim A Lindblade, Samson K Arzoaquoi, Joshua A Mott, Justin N Williams, Cara N Halldin, Francis Kollie, A Scott Laney C for DC and P (CDC). Community Quarantine to Interrupt Ebola Virus Community Quarantine to Interrupt Ebola Virus Transmission — Mawah Village, Bong County, Liberia, August–October, 2014 [Internet]. Vol. 64, *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc5779591/>
 39. Bootsma MCJ, Ferguson NM. The effect of public health measures on the 1918 influenza pandemic in U.S. cities. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* [Internet]. 2007;104(18):7588–93. Disponível em: <https://doi.org/10.1073/pnas.0611071104>
 40. Rothe C, Schunk M, Sothmann P, Bretzel G, Froeschl G, Wallrauch C, et al. Transmission of 2019-NCOV infection from an asymptomatic contact in Germany. *New England Journal of Medicine* [Internet]. 2020;382(10):970–1. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/nejmc2001468>
 41. RTP. COVID-19: Dois primeiros casos positivos em Portugal. *RTP Notícias* [Internet]. 2020; Disponível em: https://www.rtp.pt/noticias/pais/covid-19-dois-primeiros-casos-positivos-em-portugal_a1208935
 42. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Diversidade genética do novo

coronavírus SARS-CoV-2 (COVID-19) em Portugal [Internet]. 2020. Disponível em:

https://insaflu.insa.pt/covid19/relatorios/INSA_SARS_CoV_2_DIVERSIDADE_GENETICA_relatorio_situacao_2020-08-21.pdf

43. XXII Governo. Comunicado do Conselho de Ministros de 12 de março de 2020 - Medidas extraordinárias de resposta à epidemia do novo coronavírus [Internet]. 2020. Disponível em: <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc22/governo/comunicado-de-conselho-de-ministros?i=330>
44. RTP Notícias. Covid-19. Marta Temido anunciou primeira morte em Portugal. 2020; Disponível em: https://www.rtp.pt/noticias/pais/covid-19-marta-temido-anunciou-primeira-morte-em-portugal_v1212525
45. XXII Governo. Despacho n.º 3372-C/2020 [Internet]. 2020. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/130366471/details/maximized>
46. XXII Governo. Voos para fora e de fora da União Europeia suspensos a partir do dia 19. Comunicado [Internet]. 2020; Disponível em: <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc22/comunicacao/noticia?i=voos-para-fora-e-de-fora-da-uniao-europeia-suspensos-a-partir-do-dia-19>
47. Presidência da República. Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020 [Internet]. 2020. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/130399862/details/maximized>
48. Direção-Geral da Saúde. Relatório de Situação nº 016 | 18/03/2020. 2020; Disponível em: <https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/03/i026029.pdf>
49. Constituição da República Portuguesa. Sétima Revisão Constitucional – 2005. Diário da República, n.º 155 – I Série - A, de 12 de agosto de 2005; 2005.
50. Assembleia da República. Lei n.º 44/86, de 30 de Setembro. Diário da República nº 225/1986, Série I de 1986-09-30. 1986;1–9.
51. Ministério da Justiça. Decreto-Lei n.º 48/95. Código Penal. Diário da República nº 63/1995, Série I-A de 1995-03-15. 2017;1–18.
52. Presidência do Conselho de Ministros. Decreto n.º 2-A/2020 de 20 de março [Internet]. Diário da República, 1.ª série , N.º 57/2020 2020 p. 5–16. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/130473161/details/maximized>
53. Presidência do Conselho de Ministros. Decreto n.º 2-D/2020 de 30 de abril.

- Diário da República, 1ª série N.º 85/2020 [Internet]. 2020;(7):8–9. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/dec/2-D/2020/04/30/p/dre>
54. Conselho de Ministros. Resolução do Conselho de Ministros n.º 33-C/2020. Diário da República - I Série-B [Internet]. 2020;(2):3179–82. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/132883346>
55. Decreto do Presidente da República n.º 51-U/2020 [Internet]. Lisboa: Presidente da República; 2020. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/decpresrep/51-U/2020/11/06/p/dre>
56. Presidência do Conselho de Ministros. Decreto n.º 8/2020 [Internet]. Diário da República n.º 217-A/2020, Série I de 2020-11-08 2020 p. 3179–82. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/dec/8/2020/11/08/p/dre>
57. Moosa IA. The effectiveness of social distancing in containing Covid-19 [Internet]. Applied Economics. 2020. p. 1–14. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/00036846.2020.1789061>
58. Gensini GF, Yacoub MH, Conti AA. The concept of quarantine in history: From plague to SARS. Journal of Infection. 2004;49(4):257–61.
59. Peixoto VR, Vieira A, Aguiar P, Carvalho C, Thomas DR, Abrantes A. Initial Assessment of the Impact of the Emergency State Lockdown Measures on the 1st Wave of the COVID-19 Epidemic in Portugal. 2020;33(11):733–41. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/14129/6169>
60. Paul Fine, Ken Eames DLH. «Herd immunity»: A rough guide. Clinical Infectious Diseases [Internet]. 2011;52(7):911–6. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/cid/cir007>
61. BBC. Coronavírus: o que diz modelo matemático que levou Reino Unido a mudar radicalmente combate à covid-19. BBC News [Internet]. 2020; Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-51944800>
62. James H. Fowler, Seth J. Hill, Remy Levin NO. The Effect of Stay-at-Home Orders on COVID-19 Cases and Fatalities in the United States. medRxiv [Internet]. 2020; Disponível em: <https://arxiv.org/abs/2004.06098>
63. Papageorge NW, Zahn M V, Jamison JC, Tripodi E, Zahn M V, Jamison JC, et al. Socio-Demographic Factors Associated with Self-Protecting Behavior during the COVID-19 Pandemic. IZA Discussion Papers [Internet]. 2020;13333.

Disponível em: <http://ftp.iza.org/dp13333.pdf>

64. Acuña-zegarra MA, Santana-cibrian M, Velasco-hernandez JX. Modeling behavioral change and COVID-19 containment in Mexico: A trade-off between lockdown and compliance. *Mathematical Biosciences* [Internet]. 2020;325. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.mbs.2020.108370>
65. Dahlgren G WM. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health [Internet]. Arbetsrapport. 1991. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>
66. Derwin King-Chung Chan, Sophie Xin Yang, Barbara Mullan, Xiumin Du, Xin Zhang, Nikos L D Chatzisarantis MSH. Preventing the spread of H1N1 influenza infection during a pandemic: autonomy-supportive advice versus controlling instruction. *Journal of Behavioral Medicine* [Internet]. 2015;38(3). Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30567-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30567-5)
67. Anderson RM, Heesterbeek H, Klinkenberg D, Hollingsworth TD. How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? *The Lancet* [Internet]. 2020;395(10228):931–4. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30567-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30567-5)
68. Raude J SM. Lay perceptions of the pandemic influenza threat. *European Journal of Epidemiology* [Internet]. 2009;24(7):339–42. Disponível em: [10.1007/s10654-009-9351-x](https://doi.org/10.1007/s10654-009-9351-x)
69. Briscese G, Lacetera N, Macis M, Tonin M. Compliance With Covid-19 Social-Distancing Measures in Italy: the Role of Expectations and Duration. *Orphanet Journal of Rare Diseases* [Internet]. 2020;21(1):1–9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpbogyn.2016.10.013><https://doi.org/10.1016/j.solener.2019.02.027><https://www.golder.com/insights/block-caving-a-viable-alternative/><http://dx.doi.org/10.1016/j.hoc.2014.04.003><http://www.moh.gov.my/penerbitan/CPG>
70. Atchison C, Bowman L, Vrinten C, Redd R, Pristera P, Eaton J, et al. Perceptions and behavioural responses of the general public during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey of UK Adults. 2020;1–21.
71. Y. Pollak, H. Dayan, R. Shoham IB. Predictors of adherence to public health instructions during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* [Internet]. 2020; Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/pcn.13122>

72. Michie S, West R, Rogers MB, Bonell C, Rubin GJ, Amlôt R. Reducing SARS-CoV-2 transmission in the UK: A behavioural science approach to identifying options for increasing adherence to social distancing and shielding vulnerable people. *British Journal of Health Psychology* [Internet]. 2020;25(4):945–56. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/bjhp.12428>
73. Smith LE, Amlôt R, Lambert H, Oliver I, Robin C, Yardley L, et al. Factors associated with adherence to self-isolation and lockdown measures in the UK; a cross-sectional survey. *medRxiv* [Internet]. 2020;187:2020.06.01.20119040. Disponível em: <https://doi.org/10.1101/2020.06.01.20119040>
74. Cialdini, Robert B, Linda J Demaine, Brad J Sagarin, Daniel W Barrett, Kelton Rhoads A, Winter PL. Managing social norms for persuasive impact. *Social Influence*. 2006;1(1):3–15.
75. Schultz, P. Wesley, Jessica M. Nolan, Robert B. Cialdini, Noah J. Goldstein VG. The constructive, destructive, and reconstructive power of social norms." 18 (5):. *Psychological Science*. 2007;18(5):429–34.
76. Soofi M, Najafi F, Karami-Matin B. Using Insights from Behavioral Economics to Mitigate the Spread of COVID-19. *Applied Health Economics and Health Policy* [Internet]. 2020;18(3):345–50. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40258-020-00595-4>
77. Brouard S, Vasilopoulos P, Becher M. Sociodemographic and psychological correlates of compliance with the Covid-19 public health measures in France. *Canadian Journal of Political Science*. 2020;1–6.
78. Clark C, Davila A, Regis M, Kraus S. Predictors of COVID-19 voluntary compliance behaviors: An international investigation. *Global Transitions*. 2020;2:76–82.
79. Vázquez-Nava F, Vazquez-Rodriguez EM, Vazquez-Rodriguez CF, Ortega Betancourt N V, Castillo Ruiz O, Rodríguez Castillejos GC. Risk factors of non-adherence to guidelines for the prevention of COVID-19 among young adults with asthma in a region with a high risk of a COVID-19 outbreak. *The Journal of asthma : official journal of the Association for the Care of Asthma* [Internet]. 2020;0(0):1–11. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32878518>
80. Villela EF de M, Lopez RVM, Sato APS, Oliveira FM de, Waldman EA, Bergh R Van den, et al. COVID-19 outbreak in Brazil: Adherence to national preventive measures and impact on people's lives. 2020;

81. Teasdale E, Santer M, Geraghty AWA, Little P, Yardley L. Public perceptions of non-pharmaceutical interventions for reducing transmission of respiratory infection: Systematic review and synthesis of qualitative studies. *BMC Public Health*. 2014;14(1).
82. Ingo Zettler, Christoph Schild, Lau Lilleholt, Lara Kroencke, Till Utesch, Morten Moshagen, Robert Böhm MDB and KG. The role of personality in COVID-19 related perceptions, evaluations, and behaviors: Findings across five samples, nine traits, and 17 criteria. Pre-print of the manuscript. 2020;(July).
83. Bish A, Michie S. Demographic and attitudinal determinants of protective behaviours during a pandemic: A review. *British Journal of Health Psychology*. 2010;15(4):797–824.
84. Webster RK, Brooks SK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Rubin GJ. How to improve adherence with quarantine: rapid review of the evidence. *Public Health [Internet]*. 2020;182:163–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.03.007>
85. Ahmed MAM, Fodjo JNS, Gele AA, Farah AA, Osman S, Guled IA, et al. Covid-19 in somalia: Adherence to preventive measures and evolution of the disease burden. *Pathogens [Internet]*. 2020;9(9):1–11. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.3390%2Fpathogens9090735>
86. Nguyen NPT, Hoang TD, Tran VT, Vu CT, Fodjo JNS, Colebunders R, et al. Preventive behavior of Vietnamese people in response to the COVID-19 pandemic. *PLoS ONE [Internet]*. 2020;15(9):1–11. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0238830>
87. Pedersen MJ, Favero N. Social Distancing during the COVID-19 Pandemic: Who Are the Present and Future Noncompliers? *Public Administration Review*. 2020;80(5):805–14.
88. Alper S, Bayrak F, Yilmaz O. Psychological correlates of COVID-19 conspiracy beliefs and preventive measures: Evidence from Turkey. *Current Psychology*. 2020;
89. Qian, M., Wu, Q., Wu, P., Hou, Z., Liang, Y., Cowling, B. J., & Yu H. Psychological responses, behavioral changes and public perceptions during the early phase of the COVID-19 outbreak in China: A population based cross-sectional survey. *medRxiv [Internet]*. 2020; Disponível em: <https://doi.org/10.1101/2020.02.18.20024448>

90. Pfattheicher, S., Nockur, L., Böhm, R., Sassenrath, C., Petersen MB. The emotional path to action: Empathy promotes physical distancing during the COVID-19 pandemic. *PsyArXiv [working paper] [Internet]*. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.31234/osf.io/y2cg5>
91. Vosoughi S, Roy D, Aral S. The spread of true and false news online. *Science*. 2018;1151(March):1146–51.
92. George A. Soper. The lessons of the pandemic. *Science*. 1919;49(1274):501–506.
93. INE. Inquérito Nacional de Saúde : 2014 [Internet]. Lisboa: INE; 2016. Disponível em: <https://www.ine.pt/xurl/pub/263714091>
94. Organização Mundial da Saúde. Risk Communication and Community Engagement (RCCE) Action Plan Guidance COVID-19 preparedness & response. 2020; Disponível em: [https://www.who.int/publications-detail/risk-communication-and-%0Acommunity-engagement-\(rcce\)-action-plan-guidance](https://www.who.int/publications-detail/risk-communication-and-%0Acommunity-engagement-(rcce)-action-plan-guidance)
95. Setbon M, Le Pape MC, Létroublon C, Caille-Brillet AL, Raude J. The public's preventive strategies in response to the pandemic influenza A/H1N1 in France: Distribution and determinants. *Preventive Medicine [Internet]*. 2011;52(2):178–81. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2010.11.010>
96. Czeisler MÉ, Tynan MA, Howard ME, Honeycutt S, Fulmer EB, Kidder DP, et al. Public Attitudes, Behaviors, and Beliefs Related to COVID-19, Stay-at-Home Orders, Nonessential Business Closures, and Public Health Guidance — United States, New York City, and Los Angeles, May 5–12, 2020. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2020;69(24):751–8.
97. Eastwood, K., Durrheim, D., Francis, J. L., Tursan d'Espaignet, E., Duncan, S., Islam, F., Speare R. Knowledge about pandemic influenza and compliance with containment measures among Australians. *Bulletin World Health Organisation*. 2009;87:588–594.
98. West R, Michie S, Rubin GJ, Amlôt R. Applying principles of behaviour change to reduce SARS-CoV-2 transmission. Vol. 4, *Nature Human Behaviour*. 2020. p. 451–9.
99. Akesson J, Ashworth-Hayes S, Hahn R, Metcalfe R, Rasooly I. Fatalism, Beliefs, and Behaviors During the COVID-19 Pandemic. *National Bureau of Economic Research*. 2020;
100. Jimenez T, Restar A, Helm PJ, Cross RI, Barath D, Arndt J. Fatalism in the

context of COVID-19: Perceiving coronavirus as a death sentence predicts reluctance to perform recommended preventive behaviors. Vol. 11, SSM - Population Health. 2020.

101. Aldowyan N, Abdallah AS E-GR. Knowledge, Attitude and Practice (KAP) Study about Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV) among Population in Saudi Arabia. *International Archives of Medicine*. 2017;
102. Moran KR DVS. A meta-analysis of the association between gender and protective behaviors in response to respiratory epidemics and pandemics. doi: PLoS ONE [Internet]. 2016;11(10). Disponible em: [10.1371/journal.pone.0164541](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0164541)
103. Hiller J, Schatz K, Drexler H. Gender influence on health and risk behavior in primary prevention: a systematic review. *Journal of Public Health (Germany)*. 2017;25(4):339–49.
104. Olcaysoy Okten I, Gollwitzer A, Oettingen G. Gender Differences in Preventing the Spread of Coronavirus. *Behavioral Science & Policy*. 2020;(2020):1–14.
105. Nivette A, Ribeaud D, Murray A, Steinhoff A, Bechtiger L, Hepp U, et al. Non-compliance with COVID-19-related public health measures among young adults in Switzerland: Insights from a longitudinal cohort study. *Social Science and Medicine* [Internet]. 2021;268(August 2020):113370. Disponible em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113370>
106. Mary E Wickman; Nancy Lois Ruth Anderson; Cindy Smith Greenberg; The Adolescent Perception of Invincibility and Its Influence on Teen Acceptance of Health Promotion Strategies. *Journal of Pediatric Nursing* [Internet]. 2008;23(6):460–8. Disponible em: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2008.02.003>
107. Laurence Steinberg. Risk taking in adolescence: what changes, and why? *Annals of the New York Academy of Sciences* [Internet]. 2004;1021:51–8. Disponible em: <https://doi.org/10.1196/annals.1308.005>
108. Buis, J. M., & Thompson DN. Imaginary audience and personal fable: A brief review. *Adolescence* [Internet]. 1989;24:773–81. Disponible em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2692409>
109. Rubin GJ, Amlôt R, Page L, Wessely S. Public perceptions, anxiety, and behaviour change in relation to the swine flu outbreak: Cross sectional telephone survey. *BMJ (Online)*. 2009;339(7713):156.
110. Barr, M., Raphael, B., Taylor, M., Stevens, G., Jorm, L., Giffin, M., & Lujic S.

Pandemic influenza in Australia: Using telephone surveys to measure perceptions of threat and willingness to comply. *Journal Infectious Diseases*. 2008;8:117–130.

111. Lau, J. T. F., Kim, J. H., Tsui, H. Y., & Griffiths S. Anticipated and current preventive behaviours in response to an anticipated human-to-human H5N1 epidemic in the Hong Kong Chinese general population. *BMC Infectious Diseases*. 2007;7(18):18–29.
112. Bodas M, Peleg K. Self-Isolation Compliance In The COVID-19 Era Influenced By Compensation: Findings From A Recent Survey In Israel. *Health affairs (Project Hope)*. 2020;39(6):936–41.
113. Linnemayr S, Stecher C MB. Behavioral economic incentives to improve adherence to antiretroviral medication. *AIDS*. 2017;31(5).
114. Halpern SD, French B, Small DS, Saulsgiver K, Harhay MO, Audrain-McGovern J, et al. Randomized Trial of Four Financial-Incentive Programs for Smoking Cessation. *New England Journal of Medicine*. 2015;372(22):2108–17.
115. Hawryluck L, Gold WL, Robinson S, Pogorski S, Galea S, Styra R. SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases*. 2004;10(7):1206–12.
116. Sanchez TH, Zlotorzynska M, Rai M, Baral SD. Characterizing the Impact of COVID-19 on Men Who Have Sex with Men Across the United States in April, 2020. *AIDS and Behavior [Internet]*. 2020;24(7):2024–32. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02894-2>
117. Jian-Bin Li, An Yang, Kai Dou RYMC. Self-control moderates the association between perceived severity of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) and mental health problems among the Chinese public. *PsyArXiv Preprints [Internet]*. 2020; Disponível em: <https://doi.org/10.31234/osf.io/2xadq>.
118. Bavel JJV, Baicker K, Boggio PS, Capraro V, Cichocka A, Cikara M, et al. Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature Human Behaviour [Internet]*. 2020;4(5):460–71. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1038/s41562-020-0884-z>
119. Witte K AM. A meta-analysis of fear appeals: implications for effective public health campaigns. *Health Educ Behav*. 2000;27:591–615.
120. Lin CY, Imani V, Majd NR, Ghasemi Z, Griffiths MD, Hamilton K, et al. Using an integrated social cognition model to predict COVID-19 preventive behaviours.

- British Journal of Health Psychology [Internet]. 2020;25(4):981–1005. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/bjhp.12465>
121. Blagov PS. Adaptive and dark personality traits in the COVID-19 pandemic: predicting health-behavior endorsement and the appeal of public health messages. PsyArXiv [working paper]. 2020;
 122. Philipson, Tomas J., Posner RA. Private Choices and Public Health: The AIDS Epidemic in an Economic Perspective. Harvard University Press. 1993;
 123. Michael Siegrist, Timothy C Earle HG. Test of a Trust and Confidence Model in the Applied Context of Electromagnetic Field (EMF) Risks. Risk Analysis. 2003;(23):705–16.
 124. Wise T, Zbozinek TD, Michelini G, Hagan CC, Mobbs D. Changes in risk perception and self-reported protective behaviour during the first week of the COVID-19 pandemic in the United States: COVID-19 risk perception and behavior. Royal Society Open Science. 2020;7(9).
 125. Jenni, K., Loewenstein G. Explaining the identifiable victim effect. Journal of Risk and uncertainty. 1997;14(3):235–57.
 126. Small, D. A.; Loewenstein G. Helping a victim or helping the victim: Altruism and identifiability. Journal of Risk and Uncertainty. 2003;26(1):5–16.
 127. Han, Q., Zheng, B., Cristea, M., Agostini, M., Belanger, J., Gutzkow, B., Leander P. Trust in government and its associations with health behaviour and prosocial behaviour during the COVID-19 pandemic. PsyArXiv Preprints [Internet]. 2020; Disponível em: <https://psyarxiv.com/p5gns/>
 128. Al-Hasan A, Yim D, Khuntia J. Citizens' Adherence to COVID-19 Mitigation Recommendations by the Government: A 3-Country Comparative Evaluation Using Web-Based Cross-Sectional Survey Data. Journal of medical Internet research. 2020;22(8):e20634.
 129. Vaughan E, Tinker T. Effective health risk communication about pandemic influenza for vulnerable populations. American Journal of Public Health. 2009;99(SUPPL. 2).
 130. Smith RD. Responding to global infectious disease outbreaks: Lessons from SARS on the role of risk perception, communication and management. Social Science and Medicine. 2006;63(12):3113–23.
 131. Kushner Gadarian S, Goodman SW, Pepinsky TB. Partisanship, Health

- Behavior, and Policy Attitudes in the Early Stages of the COVID-19 Pandemic. SSRN Electronic Journal. 2020;
132. Harper CA, Satchell LP, Fido D, Latzman RD. Functional Fear Predicts Public Health Compliance in the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Mental Health and Addiction* [Internet]. 2020; Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11469-020-00281-5>
 133. Rafkin C, Shreekumar A, Vautrey P-L. When Guidance Changes: Government Inconsistency and Public Beliefs. 2020;(1122374).
 134. Berry D. *Communication and Health Psychology*. Open University Press. 2004;
 135. Wakefield M, Loken B, Hornik RC, Esho T, Van Wolputte S, Enzlin P, et al. Use of mass media campaigns to change health behaviour - Useofmassmediacampaignstochangehealthbehaviour.pdf. *International Seminar FGM/C: From Medicine to Critical Anthropology* [Internet]. 2017;24(8):1–113. Disponível em: http://www.unicef.org/evaldatabase/files/fgmc_sudan_final.pdf %0Ahttp://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75195/1/WHO_RHR_11.36_eng.pdf %0A<http://quillette.com/2017/08/15/female-genital-mutilation-health-benefits-problem-medicalizing-morality/> %0A<http://cms>.
 136. Eveland WP, Cooper KE. An integrated model of communication influence on beliefs. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2013;110(SUPPL. 3):14088–95.
 137. Bults M, Beaujean DJMA, De Zwart O, Kok G, Van Empelen P, Van Steenbergen JE, et al. Perceived risk, anxiety, and behavioural responses of the general public during the early phase of the Influenza A (H1N1) pandemic in the Netherlands: Results of three consecutive online surveys. *BMC Public Health*. 2011;11:1–13.
 138. Christo Greyling, Jolly Ann Maulit, Susan Parry, David Robinson, Sally Smith, Anne Street RV. Lessons from the faith-driven response to the West Africa Ebola epidemic. *Review of Faith and International Affairs* [Internet]. 2016;(14). Disponível em: <https://doi.org/10.1080/15570274.2016.1215829>
 139. Broomell SB, Chapman GB, Downs JS. Psychological predictors of prevention behaviors during the COVID-19 pandemic. 2020.
 140. Williams BGA, Díez SMU, Figueras J, Lessof S. Translating evidence into policy during the COVID-19 pandemic: bridging science and policy (and politics).

Eurohealth. 2020;26(2):29–33.

141. Frenkel, Sheera; Alba, Davey; Zhong R. Surge of Virus Misinformation Stumps Facebook and Twitter. The New York Times [Internet]. 2020; Disponível em: <https://www.nytimes.com/2020/03/08/technology/coronavirus-misinformation-social-media.html>
142. Shahia GK, Dirksonb A, Majchrzakc TA. An Exploratory Study of COVID-19 Misinformation on Twitter. ArXiv [Internet]. 2020; Disponível em: <https://arxiv.org/pdf/2005.05710.pdf>
143. Instituto Nacional de Estatística. Censos 2011. Resultados definitivos - Portugal. 2012.
144. Instituto Nacional de Estatística. Inquérito à Utilização de Tecnologias da Informação e da Comunicação pelas Famílias. Inquérito à Utilização de Tecnologias da Informação e da Comunicação nos Hospitais 2012. 2012;1–7.
145. Manski CF. Identification Problems in the Social Sciences. Harvard University Press. 1999;

8. Anexos

Tabela A – Análise de sensibilidade para as variáveis Não "Sair de casa somente em casos fundamentais" e Não "Está em casa saindo somente em situação de absoluta necessidade"

			Não "Sair de casa somente em casos fundamentais" e Não "Está em casa saindo somente em situação de absoluta necessidade"					
			<i>Regressão univariada</i>			<i>Regressão multivariada</i>		
Dimensões	Variáveis	Categorias	OR bruto	I.C. a 95%	p-value	OR ajustado	I.C. a 95%	p-value
Demográfica	Sexo	Feminino	*	*	*	*	*	*
		Masculino	1,808	[1,685;1,941]	<0,001	1,762	[1,640;1,894]	<0,001
	Idade	16-25	*	*	*	*	*	*
		26-65	0,915	[0,808;1,036]	0,161	0,955	[0,842;1,084]	0,479
		>65	0,297	[0,226;0,390]	<0,001	0,261	[0,198;0,344]	<0,001
	Residência	LVT	*	*	*	*	*	*
		Norte	1,024	[0,937;1,120]	0,597	0,976	[0,892;1,068]	0,603
		Centro	1,230	[1,114;1,359]	<0,001	1,171	[1,059;1,294]	0,002
		Alentejo	1,297	[1,098;1,532]	0,002	1,229	[1,040;1,454]	0,016
		Algarve	1,046	[0,864;1,266]	0,646	0,991	[0,817;1,202]	0,925
		RA Açores	1,121	[0,915;1,372]	0,271	1,005	[0,820;1,232]	0,959

			Não "Sair de casa somente em casos fundamentais" e Não "Está em casa saindo somente em situação de absoluta necessidade"					
			Regressão univariada			Regressão multivariada		
Dimensões	Variáveis	Categorias	OR bruto	I.C. a 95%	p-value	OR ajustado	I.C. a 95%	p-value
Social		RA Madeira	0,489	[0,347;0,688]	<0,001	0,465	[0,330;0,655]	<0,001
	Escolaridade completa	Até ao 9º ano	*	*	*	*	*	*
		Secundário	0,754	[0,661;0,860]	<0,001	0,734	[0,643;0,838]	<0,001
		Ensino Superior	0,438	[0,386;0,497]	<0,001	0,453	[0,399;0,514]	<0,001
	Número de pessoas com quem vive, incluindo o próprio	1	*	*	*	*	*	*
		> 1	0,795	[0,719;0,879]	<0,001	0,715	[0,643;0,796]	<0,001
	Viver com idosos ou pessoas com doença crónica	Não	*	*	*	*	*	*
		Sim	0,833	[0,766;0,905]	<0,001	0,899	[0,822;0,983]	0,019
	Morar com alguém de grupo profissional em maior risco	Não	*	*	*	*	*	*
		Sim	1,402	[1,271;1,545]	<0,001	1,384	[1,249;1,534]	<0,001
	Apoio em caso de infeção	Sim	*	*	*	*	*	*
		Não tenho a quem recorrer	1,705	[1,310;2,219]	<0,001	1,530	[1,161;2,015]	0,002
		Não sei a quem recorrer	1,239	[0,996;1,540]	0,054	1,162	[0,927;1,456]	0,192

			Não "Sair de casa somente em casos fundamentais" e Não "Está em casa saindo somente em situação de absoluta necessidade"					
			Regressão univariada			Regressão multivariada		
Dimensões	Variáveis	Categorias	OR bruto	I.C. a 95%	p-value	OR ajustado	I.C. a 95%	p-value
Laboral		Não precisaria de ajuda	1,398	[1,032;1,892]	0,030	1,313	[0,961;1,793]	0,087
		Outro	1,089	[0,826;1,434]	0,546	1,112	[0,836;1,479]	0,465
	Rendimento do agregado (em euros)	<650	*	*	*	*	*	*
		651-1000	1,039	[0,894;1,208]	0,617	0,930	[0,788;1,098]	0,394
		1001-1500	0,679	[0,583;0,790]	<0,001	0,658	[0,555;0,780]	<0,001
		1501-2000	0,619	[0,529;0,725]	<0,001	0,679	[0,568;0,812]	<0,001
		2001-2500	0,560	[0,473;0,663]	<0,001	0,627	[0,517;0,760]	<0,001
		> 2501	0,568	[0,485;0,665]	<0,001	0,674	[0,559;0,812]	<0,001
		Não sei	0,599	[0,462;0,776]	<0,001	0,746	[0,551;1,009]	0,057
	Receio de perder rendimento	Não tenho receio	*	*	*	*	*	*
		Tenho pouco receio	0,684	[0,609;0,769]	<0,001	0,759	[0,669;0,861]	<0,001
		Tenho receio	0,752	[0,679;0,833]	<0,001	0,771	[0,688;0,864]	<0,001
		Tenho muito receio	0,789	[0,711;0,875]	<0,001	0,833	[0,737;0,940]	0,003
	Qual a atividade profissional?	Trabalhador por conta de outrem	*	*	*	*	*	*

			Não "Sair de casa somente em casos fundamentais" e Não "Está em casa saindo somente em situação de absoluta necessidade"					
			Regressão univariada			Regressão multivariada		
Dimensões	Variáveis	Categorias	OR bruto	I.C. a 95%	p-value	OR ajustado	I.C. a 95%	p-value
Clínica		Trabalhador por conta própria	0,679	[0,611;0,754]	<0,001	0,911	[0,805;1,031]	0,141
		Doméstica(o)	0,067	[0,022;0,209]	<0,001	0,147	[0,036;0,595]	0,007
		Reformado	0,213	[0,165;0,276]	<0,001	0,589	[0,395;0,878]	0,009
		Desempregado	0,368	[0,284;0,477]	<0,001	0,822	[0,578;1,170]	0,277
		Estudante	0,587	[0,489;0,705]	<0,001	1,479	[1,117;1,958]	0,006
		Outro	0,845	[0,724;0,987]	0,033	1,004	[0,836;1,206]	0,968
	Como desenvolve a atividade profissional	Teletrabalho	*	*	*	*	*	*
		No local de trabalho	19,500	[17,490;21,742]	<0,001	19,821	[17,469;22,489]	<0,001
		Suspendi a atividade profissional	1,140	[0,959;1,356]	0,137	1,106	[0,913;1,340]	0,303
		Não se aplica	1,442	[1,219;1,705]	<0,001	1,536	[1,220;1,933]	<0,001
	Pertence a um grupo profissional em maior risco	Não	*	*	*	*	*	*
		Sim	3,121	[2,889;3,372]	<0,001	0,819	[0,745;0,900]	<0,001
	Problemas de saúde de risco para a COVID-19	Sem problema	*	*	*	*	*	*
		Pelo menos uma patologia	0,813	[0,743;0,890]	<0,001	0,818	[0,745;0,900]	<0,001

			Não "Sair de casa somente em casos fundamentais" e Não "Está em casa saindo somente em situação de absoluta necessidade"					
			Regressão univariada			Regressão multivariada		
Dimensões	Variáveis	Categorias	OR bruto	I.C. a 95%	p-value	OR ajustado	I.C. a 95%	p-value
		Duas ou mais patologias	0,665	[0,534;0,827]	<0,001	0,660	[0,524;0,831]	<0,001
	Com que frequência se tem sentido ansioso, agitado ou triste devido às medidas de distanciamento?	Nunca	*	*	*	*	*	*
		Alguns dias	0,732	[0,667;0,802]	<0,001	0,766	[0,697;0,842]	<0,001
		Quase todos os dias	0,978	[0,873;1,094]	0,694	1,006	[0,894;1,131]	0,924
		Todos os dias	1,251	[1,106;1,415]	<0,001	1,285	[1,128;1,463]	<0,001
	Percepção geral do estado de saúde	Muito mau	*	*	*	*	*	*
		Mau	0,570	[0,215;1,513]	0,259	0,657	[0,222;1,942]	0,448
		Razoável	0,665	[0,271;1,632]	0,374	0,802	[0,294;2,190]	0,667
		Bom	0,629	[0,257;1,540]	0,310	0,749	[0,275;2,044]	0,573
		Muito bom	0,641	[0,261;1,573]	0,331	0,758	[0,277;2,074]	0,590
Opinião	Importância das medidas da DGS	Nada importante	*	*	*	*	*	*
		Pouco importante	0,637	[0,421;0,965]	0,033	0,743	[0,466;1,186]	0,213
		Importante	0,485	[0,334;0,704]	<0,001	0,788	[0,511;1,214]	0,279
		Muito importante	0,196	[0,135;0,282]	<0,001	0,372	[0,242;0,572]	<0,001
	Adequação de medidas	Nada adequadas	*	*	*	*	*	*

			Não "Sair de casa somente em casos fundamentais" e Não "Está em casa saindo somente em situação de absoluta necessidade"					
			Regressão univariada			Regressão multivariada		
Dimensões	Variáveis	Categorias	OR bruto	I.C. a 95%	p-value	OR ajustado	I.C. a 95%	p-value
		Pouco adequadas	0,353	[0,296;0,421]	<0,001	0,559	[0,449;0,696]	<0,001
		Adequadas	0,229	[0,193;0,271]	<0,001	0,544	[0,431;0,686]	<0,001
		Muito adequadas	0,170	[0,137;0,210]	<0,001	0,486	[0,370;0,640]	<0,001
	Confiança no governo	Nada confiante	*	*	*	*	*	*
		Pouco confiante	0,534	[0,470;0,606]	<0,001	0,868	[0,734;1,026]	0,098
		Confiante	0,363	[0,321;0,411]	<0,001	0,772	[0,640;0,931]	0,007
		Muito confiante	0,281	[0,231;0,342]	<0,001	0,667	[0,511;0,872]	0,003
	Confiança no SNS	Nada confiante	*	*	*	*	*	*
		Pouco confiante	0,589	[0,505;0,687]	<0,001	0,911	[0,760;1,093]	0,317
		Confiante	0,510	[0,439;0,593]	<0,001	1,021	[0,846;1,234]	0,826
		Muito confiante	0,520	[0,432;0,626]	<0,001	1,147	[0,913;1,442]	0,239
	Perceção de risco individual	Sem risco ou risco baixo	*	*	*	*	*	*
		Risco moderado	2,058	[1,851;2,287]	<0,001	2,216	[1,981;2,479]	<0,001
		Risco elevado	4,998	[4,493;5,560]	<0,001	5,495	[4,886;6,181]	<0,001
		Não sei	1,183	[1,004;1,393]	0,044	1,262	[1,044;1,525]	0,016

			Não "Sair de casa somente em casos fundamentais" e Não "Está em casa saindo somente em situação de absoluta necessidade"					
			Regressão univariada			Regressão multivariada		
Dimensões	Variáveis	Categorias	OR bruto	I.C. a 95%	p-value	OR ajustado	I.C. a 95%	p-value
	Perceção do risco de desenvolver doença severa ou com complicações	Sem risco ou risco baixo	*	*	*	*	*	*
		Risco moderado	1,194	[1,098;1,298]	<0,001	0,945	[0,863;1,034]	0,216
		Risco elevado	1,047	[0,945;1,160]	0,382	0,640	[0,569;0,719]	<0,001
		Não sei	0,885	[0,780;1,005]	0,059	0,850	[0,730;0,989]	0,036
	Perceção de risco para a população	Sem risco ou risco baixo	*	*	*	*	*	*
		Risco moderado	0,388	[0,295;0,511]	<0,001	0,427	[0,317;0,576]	<0,001
		Risco elevado	0,323	[0,249;0,419]	<0,001	0,345	[0,258;0,460]	<0,001
		Não sei	0,318	[0,217;0,464]	<0,001	0,412	[0,266;0,638]	<0,001

Tabela B – Distribuição dos dados da atividade profissional por sexo

Distribuição da atividade profissional por sexo			
Atividade profissional	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
Teletrabalho	37507 (44,3%)	19955 (42,3%)	43,5%
Trabalho	15675 (18,5%)	11022 (23,3%)	20,2%
Suspendi atividade	16658 (19,7%)	8826 (18,7%)	19,3%
Não se aplica	14920 (17,6%)	7423 (15,7%)	16,9%
Total	131986 (100%)		

Tabela C – Distribuição dos dados da atividade profissional por percepção de risco

Distribuição da atividade profissional por percepção de risco					
Atividade profissional	Percepção de risco				Total
	Sem risco ou risco baixo	Risco moderado	Risco elevado	Não sei	
Teletrabalho	20725 (36,1%)	24030 (41,9%)	6512 (11,4%)	6092 (10,6%)	57359
Trabalho	3082 (11,6%)	10683 (40,1%)	10828 (40,6%)	2056 (7,7%)	26649
Suspendi atividade	8699 (34,2%)	9716 (38,2%)	3685 (14,5%)	3312 (13%)	25412
Não se aplica	7878 (35,3%)	8179 (36,7%)	3068 (13,8%)	3169 (14,2%)	22294
Total	40384 (30,7%)	52608 (39,9%)	24093 (18,3%)	14629 (11,1)%	131714 (100%)

Tabela D – Odds ratio brutos e ajustados para a não adesão ao confinamento em relação às variáveis das dimensões demográfica, social, laboral, clínica e opinião a partir de uma regressão logística com todas as variáveis

Dimensões	Variáveis	Categorias	OR Ajustado	I.C. a 95%	p-value
Demográfica	Sexo	Feminino	*	*	*
		Masculino	1,291	[1,217;1,369]	<0,001
	Idade	16-25	*	*	*
		26-65	0,756	[0,666;0,860]	<0,001
		>65	0,998	[0,805;1,237]	0,985
	Residência	LVT	*	*	*
		Norte	0,952	[0,888;1,020]	0,160
		Centro	1,000	[0,925;1,082]	0,990
		Alentejo	0,940	[0,822;1,075]	0,367
		Algarve	0,951	[0,823;1,100]	0,500
		RA Açores	1,001	[0,860;1,166]	0,991
		RA Madeira	0,757	[0,612;0,935]	0,010
	Escolaridade completa	Até ao 9º ano	*	*	*
		Secundário	0,824	[0,739;0,918]	<0,001
		Ensino Superior	0,716	[0,642;0,800]	<0,001
Social	Número de pessoas com quem vive,	1	*	*	*
		> 1	0,851	[0,783;0,925]	<0,001

Dimensões	Variáveis	Categorias	OR Ajustado	I.C. a 95%	p-value
	Incluindo o próprio				
	Viver com idosos ou pessoas com doença crónica	Não	*	*	*
		Sim	0,933	[0,872;0,998]	0,043
	Morar com alguém de grupo profissional em maior risco	Não	*	*	*
		Sim	1,096	[1,009;1,191]	0,030
	Apoio em caso de necessidade	Sim	*	*	*
		Não tenho a quem recorrer	1,133	[0,900;1,425]	0,288
		Não sei a quem recorrer	0,913	[0,759;1,099]	0,336
		Não precisaria de ajuda	1,051	[0,818;1,349]	0,699
		Outro	1,027	[0,808;1,304]	0,829
Laboral	Rendimento do agregado (em euros)	<650	*	*	*
		651-1000	0,846	[0,752;0,953]	0,006
		1001-1500	0,694	[0,616;0,782]	<0,001
		1501-2000	0,667	[0,589;0,757]	<0,001
		2001-2500	0,628	[0,548;0,719]	<0,001
		> 2501	0,653	[0,572;0,745]	<0,001
		Não sei	0,933	[0,770;1,130]	0,478
	Receio de perder rendimento	Não tenho receio	*	*	*

Dimensões	Variáveis	Categorias	OR Ajustado	I.C. a 95%	p-value
Clínica		Tenho pouco receio	0,823	[0,752;0,900]	<0,001
		Tenho receio	0,913	[0,842;0,990]	0,027
		Tenho muito receio	0,870	[0,796;0,952]	0,002
	Qual a atividade profissional?	Trabalhador por conta de outrem	*	*	*
		Trabalhador por conta própria	0,928	[0,852;1,011]	0,088
		Doméstica(o)	0,864	[0,601;1,241]	0,427
		Reformado	1,161	[0,958;1,406]	0,128
		Desempregado	0,860	[0,707;1,046]	0,132
		Estudante	1,197	[0,999;1,436]	0,052
		Outro	0,974	[0,853;1,112]	0,696
	Como desenvolve a atividade profissional	Teletrabalho	*	*	*
		No local de trabalho	4,047	[3,743;4,376]	<0,001
		Suspendi a atividade profissional	1,148	[1,043;1,265]	0,005
		Não se aplica	1,156	[1,019;1,311]	0,025
	Pertence a um grupo profissional em maior risco	Não	*	*	*
		Sim	0,848	[0,784;0,918]	<0,001
		Sem problema	*	*	*

Dimensões	Variáveis	Categorias	OR Ajustado	I.C. a 95%	p-value
	Problemas de saúde de risco para a COVID-19	Pelo menos uma comorbilidade	1,016	[0,944;1,093]	0,679
		Duas ou mais comorbilidades	0,902	[0,772;1,053]	0,193
	Com que frequência se tem sentido ansioso, agitado ou triste devido às medidas de distanciamento?	Nunca	*	*	*
		Alguns dias	0,884	[0,822;0,950]	0,001
		Quase todos os dias	0,971	[0,888;1,063]	0,528
		Todos os dias	1,019	[0,919;1,131]	0,721
	Percepção geral do estado de saúde	Muito mau	*	*	*
		Mau	0,767	[0,376;1,564]	0,466
		Razoável	0,607	[0,310;1,187]	0,145
		Bom	0,577	[0,295;1,128]	0,108
		Muito bom	0,566	[0,289;1,110]	0,098
Opinião	Importância das medidas da DGS	Nada importante	*	*	*
		Pouco importante	0,718	[0,486;1,061]	0,097
		Importante	0,725	[0,505;1,041]	0,082
		Muito importante	0,442	[0,308;0,632]	<0,001
	Adequação de medidas	Nada adequadas	*	*	*
		Pouco adequadas	0,728	[0,603;0,878]	0,001

Dimensões	Variáveis	Categorias	OR Ajustado	I.C. a 95%	p-value
		Adequadas	0,719	[0,590;0,875]	0,001
		Muito adequadas	0,731	[0,587;0,910]	0,005
	Confiança no governo	Nada confiante	*	*	*
		Pouco confiante	0,843	[0,737;0,965]	0,013
		Confiante	0,825	[0,711;0,957]	0,011
		Muito confiante	0,857	[0,707;1,038]	0,114
	Confiança no SNS	Nada confiante	*	*	*
		Pouco confiante	0,930	[0,804;1,076]	0,329
		Confiante	0,987	[0,848;1,147]	0,860
		Muito confiante	1,034	[0,867;1,234]	0,710
	Perceção de risco individual	Sem risco ou risco baixo	*	*	*
		Risco moderado	1,119	[1,039;1,206]	0,003
		Risco elevado	1,370	[1,254;1,497]	<0,001
		Não sei	1,069	[0,949;1,206]	0,272
	Percepção do risco de desenvolver doença severa ou com complicações	Sem risco ou risco baixo	*	*	*
		Risco moderado	1,011	[0,942;1,085]	0,766
		Risco elevado	1,095	[0,996;1,205]	0,062
		Não sei	0,909	[0,812;1,016]	0,093
		Sem risco ou risco baixo	*	*	*

Dimensões	Variáveis	Categorias	OR Ajustado	I.C. a 95%	p-value
	Perceção de risco para a população	Risco moderado	0,498	[0,393;0,631]	<0,001
		Risco elevado	0,453	[0,361;0,569]	<0,001
		Não sei	0,511	[0,368;0,711]	<0,001